وزارة التعليم العالي و البحث العلمـي

جـــامـعـــة الجـــزائـــر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسـم علـم الاجتمـاع
تخصـص: ديموغرافيا.

أطروحـة دكتـوراه

تحـت عـنـوان

الثقافـة الصحية لدى المرضى المصابيـن بالأمراض المزمنة في الجزائر

دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب بمستشفى بني مسوس مصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب.

إعـداد الطالبـة :
مساني فاطمـة

تحت إشـراف الدكتـور :
مصطفى بوتفنوشت

السنـة الجامعية 2008- 2009 .

كلمـة شكـر و تقديـر

أشكر الله عز و جل الذي قدري على إنجاز هذا العمل، فإن أخطأت فمن نفسي و إن أصبت فمن الله سبحانه و تعالى.

أتقدم بكلمات الشكر إلى الدكتور " مصطفى بوتفنوشات " الذي أشرف على هذه الأطروحة و كانت لأرائه القيمة و توجيهاته الصائبة الأثر الفعال في إنجازها بشكلها النهائي.

فإمتناني لأستاذي المشرف الذي طالما إستفدت من أفكـــاره النيرة و علمـه الغزير و بحثـه عن الحقيقـة و على تتبعه لسير خطـوات البحث و كذا إرشاداته القيمة.

كما أتفضل بتشكراتي الخالصـة إلى كل أساتذتـي الأفاضـل بمعهد علم الإجتماع تخصـص ديمغرافـي.

و أود أن أسجل تشكراتي الخالصة إلى كل عمال مستشفى بني مسوس وأخص بالذكر، العاملين بمصلحي الطب الداخلي وأمراض القلب.

و ختاما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل المتواضع، إما من قريب أو من بعيد.

الإهـداء

إلـى الصدر الـدافئ و القـلب الحـنون
إلى أحب و أقرب إنسانة إلى قلبي
إلى أجمل نغمة حب رسخت في ذهني منذ صغري
إليك يا أغلى حبيبة في هذا الكون
أنت يا أعذب و أحلى كلمة نطق بها لساني أمي
إلى من رحل و لم يعد
إلى مـن رحل في صمـت دون كـلمة وداع
إلى من فارقنا إلى الأبد
إلى الـحب الزاهر الطاهر رمز العطاء و الصبر
إلى من رأيت فيه الحب و الطموح
إلى أجمل ما رأت عيناي
إليك يا أغلـى و أصدق حبيب كان في الدنيا
إلى القلب الطيب إلى الروح الطاهرة
إلى روح والدي أبي ألف و رحمة و نور تنزل عليك
" نسأل الله أن يتغمدك برحمته و أن يجعل قبرك روضة من رياض الجنة
و أن يسكنك فسيح جنانه بجانب النبي المصطفى عليه الصلاة و السلام "
"آمين يا رب العالمين يا أرحم الراحمين"
إلى من كانوا كفايـة حاجتي أخواتي الحبيبات، عائشـة، مسعـودة
و خديجة. إلى جميع الأهل و الأقارب و كل صديقات العمر دون إستثناء.
إلى روح الأستاذ "خليفي أحمد" رحمة الله عليه.
و أخيرا إلى كل مرضى داء السكري ، الضغط الدموي و القلب في
الجزائر و أخص بالذكر المرضى التابعين لمستشفى بني مسوس.
إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع.

فـاطمـة

- المقدمـــة:

شهد العالم بصفة عامة عدة تغيرات على جميع المستويات منها ظهور أساليب جديدة للحياة، أغذية متنوعة وإنتشار عادات غذائية مع قلة الحركة. وكل هذا أدى إلى تفشي مجموعة من الأمراض لم تكن تعرفها البشرية في الماضي، وهي الأمراض المزمنة التي أصبحت تمثل أكبر مشكل في العالم. فهي السبب الرئيسي للوفيات. إذ نجد 60 % من الوفيات بالأمراض المزمنة في البلدان الصناعية و 40% من الوفيات بذه الأمراض في الدول النامية. ويتوقع أن يرتفع العدد حتى سنة 2020 ليصل إلى 3/4 من مجموع الوفيات في العالم والتي سوف تنسب لهذه الأمراض. [1]

والتمع الجزائري كباقي مجتمعات الدول النامية التي عرفت موجة من إنتشار هذه الأمراض المزمنة والتي لها علاقة بالضغوطات النفسية والإجتماعية كداء السكري، ضغط الدم والقلب...الخ، حيث أبرزت نتائج التحقيقات التي قامت با وزارة الصحة والسكان مع الديوان الوطني للإحصائيات، منها التحقيق الوطني حول "متابعة وضعية الأطفال والأمهات"* سنة 2006 أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة بين أفراد العينة هو 10.5% من مجموع المبحوثين أي 8.4% بالنسبة للذكور و 12.6% بالنسبة للإناث. وفيما يخص المنطقة الجغرافية، فإن معدل إنتشار الأمراض المزمنة هو 11.5% في الحضر و 9.3% في الريف.[2] فالإشكال المطروح في هذا الصدد هو ليس مشكل إنتشار الأمراض المزمنة فحسب، وإنما في كيفية تسييرها و التكيف معها بطريقة سليمة. إذ أن المختصين في الصحة العمومية يواجهون الكثير من الصعوبات في تعاملهم وتفاعلهم مع المرضى خاصة فيما يتعلق بالتفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض. وهذا بسبب غياب الوعي الصحي لدى هذا الأخير، والذي يؤدي بدوره إلى عدم التكيف، الإستقرار والثبات في النسق الطبي. فتدهور الحالة الصحية للفرد عامة والمريض المصاب بمرض مزمن خاصة ترتبط بعدة ممارسات غير صحية. وهي في الحقيقة تشكل إحدى المتغيرات الفعالة في مواجهة المرض، وفي بعض الحالات يتعارض هذا السلوك مع متطلبات الوقاية. فالتقييم الثقافي للسلوك ومعرفة العلاقة بين الأنواع المختلفة منه وحالات العقاب

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier, d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Alger, 2003, p5.

* التحقيق الوطني حول "متابعة وضعية الأطفال والأمهات" قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع الديوان الوطني للإحصائيات على عينة من الأسر تقدر بـ 29478 أسرة على مستوى 17 منطقة صحية، يعني 1734 أسرة في كل منطقة صحية متواجدة في كل من الوسط، الشرق، الغرب والجنوب، أي على المستوى الوطني. أما بالنسبة للنساء نجد 47612 إمرأة في سن 15-49 سنة و عينة 15000 طفل أقل من 5 سنوات، حيث خصصت 3 أنواع للإستمارات، إستمارة خاصة بالأسر، إستمارة خاصة بكل إمرأة وإستمارة خاصة بكل طفل يتراوح سنه ما بين 0 إلى 4 سنوات.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 31.

والمكافأة التي تصاحب كون الشخص مريضا كلها عوامل تؤكد على أن الصحة والمرض لا يعتبران ظاهرة بيولوجية فقط، وإنما يمكن إعتبارهما ظاهرة سوسيولوجية. كما أن المرض له علاقة وثيقة بالظروف السوسيو-ثقافية، حيث أن الأبعاد الإجتماعية تؤثر على الصحة. مثلا الإعتناء بالصحة والمحافظة عليها يعد جزءا من عملية إجتماعية لا يرقى إليها أي فهم طبي مجرد. كذلك لا يخفى علينا دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض وفي العناية بالصحة واللجوء إلى الخدمة الصحية وحتى تحديد الخلفيات الإجتماعية في تنميط المرض ومغزى الأوضاع الطبقية في مواجهته، علاوة على ذلك البيئة الأسرية ودورها في العناية بالمريض.

لقد أصبحت دراسة المواضيع الطبية مواضيع متداولة من حيث الدراسة في شتى العلوم خاصة العلوم الإجتماعية، والتي ساهم علماؤها في هذا المال كثيرا وعلى رأسهم عالم الإجتماع الأمريكي الوظيفي تالكوت بارسونز Talcott Parsons الذي إهتم بالطب من المنظور السوسيولوجي، وإعتبره آلة يحاول المتمع با ضبط هذا الإنحراف وإرجاع الثبات والإستقرار مرة أخرى للمجتمع. فحسبه المرض هو السلوك الإنحرافي، والطبيب هو الذي يحدث الضبط الإجتماعي في المتمع من خلال معالجة المريض ومساعدته في الشفاء،[1] حيث أن الأفراد والفاعلين في الصحة العمومية يهتمون بالصحة والمرض، لأن ذلك له علاقة بتأدية النسق الطبي لوظائفه الإجتماعية، وهذا لإحداث نوع من الضبط الإجتماعي. كما أن سلوك الأفراد إتجاه الشخص المريض لا يعتمد على سماته بقدر ما يعتمد على موقفه في النسق الإجتماعي وكيفية تأثر هذا النسق بمرضه. ونظرا لذلك، فإن سلوك الجماعة ما هو إلا نتاج لتفاعل الأفراد داخل المحتوى الإجتماعي، وأن المتمع معقد يشمل العديد من الجماعات المتنوعة وذات الأنماط المختلفة من السلوك، ولذلك يجب توقع إتجاهات مختلفة إزاء المرض. فالأنماط المعيشة والسلوك المؤدي إلى إعتلال الصحة مرتبطان بدورهما بالسلبيات الثقافية والإجتماعية للمجتمع ونظمه، لأن مشكلـة الصحة تتمثل أساسا في اللزوميات الوظيفية للنسق الإجتماعي، وبالتالي تدهور المستوى الصحي العام يعتبر خللا وظيفيا واضحا في النسق. فالمرض كإنحراف يؤدي إلى عجز في القدرة على أداء الأدوار الإجتماعية. ويكون سببا من أسباب اللقاء بين الطبيب والمريض وتبدأ العلاقة بينهما وتنتهي مع نهاية المرض. وفي هذه الحالة الطبيب يوظف كل خبراته ومعلوماته العلمية لمساعدة المريض والتخفيف من آلامه. ويقابل ذلك رغبة هذا الأخير في الشفاء. وقد تتخلل هذه العلاقة في بعض الحالات صراعات وتناقضات لعدم توافق الطرفين لسبب معين. فيستخدم الطبيب قوته ونفوذه للسيطرة على المصاب خاصة في حالة عدم تنفيذ هذا الأخير للنصائح الطبية.

ومن هذا المنطلق، فإن هذه الدراسة تعالج موضوع الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، حيث إنحصرت هذه الأمراض في داء السكري، الضغط الدموي والقلب. وهي الأمراض الأكثر

(1) نادية محمد السيد عمر، علم الإجتماع الطبي، المفهوم والمالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987، ص196.

إنتشارا في التمع الجزائري. إذ يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة في مكافحتها والحد منها، والتي من خلالها يتم تزويد أفراد التمع بالخبرات اللازمة بدف التأثير في معلوماتم، إتجاهاتم وممارساتم تأثيرا حميدا، بحيث يتم تحويل هذه المعارف إلى أفعال حقيقية وأنماط سلوكية صحية. وذلك بإستعمال الأساليب التربوية الحديثة. فهذه العملية تدف إلى تطوير السلوك، عادات وعقائد أفراد التمع في إتجاه يساعد على رفع المستوى الصحي، فهي تنشئة الشخص تنشئة صحية. وعليه فإن أهداف الصحة لا يمكن أن تتحقق دون المشاركة الإيجابية للمرضى، إلى جانب مجهودات الفاعلين في النسق الطبي في مجال توعية هذه الفئة من المرضى وحثها على القيام بمسؤولياتا ودورها إتجاه صحتها.

إن عملية التربية الصحية من أهم البرامج الصحية والطرق الوقائية الفعالة للتحكم في المرض المزمن وتسييره على أحسن وجه ممكن والتعايش معه بصفة عادية كبقية أفراد التمع الذين يتمتعون بالصحة. ويعتبر النسق الطبي بما فيه المستشفيات، القطاعات الصحية، الوحدات الصحية والعيادات الخاصة من الهيئات الفعالة في نشر الثقافة الصحية وتوعية المرضى صحيا، لأن أفراد التمع يترددون على هذا النسق للإستفادة من خدماته الصحية. ويلعب كل من الطبيب والمريض عدة أدوار، ولكل منهما دور إجتماعي معين يتحدد من خلال مجموعة من الحقوق والواجبات حددها لهما التمع* . وهذا بالإضافة إلى السلوك المتوقع لكل واحد منهما إتجاه الآخر. فمن خلال دور الطبيب تتحدد العلاقة بينه وبين مريضه، والتي تنشأ من خلال موقف العلاج، وقد يكونان شخصان في حالة تفاعل إجتماعي. وبما أن هذا المريض لا يستطيع مساعدة نفسه بنفسه، فهو يعتمد على الطبيب ويدخل في موقف تفاعل معه سواء برغبة منه أم لا، وهذا بسبب حاجته الماسة للشفاء. وفي هذا الصدد السؤال الذي يطرح نفسه هو: هل يتمتع حقا المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر بالثقافة الصحية؟ وما هي محدداتا؟ وهذا ما سوف نحاول الإجابة عليه في هذه الدراسة المتواضعة التي ينصب مضمونا حول إشكالية الثقافة الصحية لدى المريض المصاب بمرض مزمن، حيث أن إكتسابا والتمتع با تختلف درجتها من فرد لآخر. فالبعض من المرضى يتحكم في مرضه المزمن بأسلوب فعال والبعض الآخر عكس ذلك، يعاني من عدة مشاكل صحية ناتجة عن الإهمال وعدم التحكم في العلاج. وذلك نتيجة ممارسات غير صحية تعكس طبيعة العلاقة بينه وبين البيئة التي يعيش فيها. وبالتالي تغيير أفكاره، أحاسيسه وتصرفاته يتأثر إلى حد كبير بعدة محددات إجتماعية، إقتصادية، ثقافية

* لقد تطرق عالم الإجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز Talcott Parsons إلى الأدوار الإجتماعية لكل من الطبيب والمريض وابرز حقوق وواجبات كل واحد منهما. وفي هذا الصدد تبرز الباحثة نادية محمد السيد عمر في مؤلفها علم الإجتماع الطبي، المفهوم والمالات، أهم مضامين الدور الإجتماعي لكل من الطبيب والمريض كما عالجهما تالكوت بارسونز. إذ ترى أن دور المريض يظهر من خلال الحقوق والواجبات. فالحقوق تتمثل أساسا في إعفائه من بعض المسؤوليات والأدوار الإجتماعية حتى يشفى من المرض. وأيضا من حقه تلقي كل كل أنواع المساعدة، لأنه غير قادر على علاج نفسه لوحده. أما واجباته فتتمثل في البحث عن شفاء لحالته الصحية. وبالنسبة لدور الطبيب نجد أنه يرتكز على خمسة عناصر وهي الكفاءة التقنية، العمومية، الخصوصية الوظيفية، الحياد العاطفي والتوجه نحو الجماعة. ولمزيد من التفاصيل أنظر إلى الفصل الثاني العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى.

ونفسية. ففي هذا الصدد ما أكثر مرضى داء السكري، الضغط الدموي والقلب في الجزائر وما حاجتهم لمعرفة الكثير عن هذه الأمراض التي تفتك أرواح العديد من الأشخاص بسبب الغفلة.

إن المستشفيات الصحية في الجزائر تكتظ بالمرضى الذين يعانون من هذه الأمراض، التي كان من الممكن تجنبها بقدر من الوقاية التي تعتبر خير من العلاج. ولهذا فإن كل مريض بمرض مزمن له دور فعال في السيطرة على مرضه والتكيف معه إلى جانب دور الطبيب. ولكل واحد منهما دوره الخاص والمكمل لدور الطرف الثاني، وإلا فإنه سيكون المريض في حاجة ماسة إلى وجود الطبيب معه بصفة منتظمة إلى جواره ليرشده على ما يجب أن يفعله وما يجب أن لا يفعله، حيث أنه ليس هناك مرض يحتاج وينجح فيه التعاون بين الطبيب والمريض كما هو الحال بالنسبة للمرض المزمن خاصة داء السكري، الضغط الدموي والقلب. يعني وجود علاقة المشاركة المتبادلة بين الطرفين.* وقد يصل هذا النجاح إلى التغلب على المرض وإضفاء الصحة المثالية للمريض بفضل تنفيذ تعليمات وتوصيات طبيبه. والمصاب الذي يسعى وراء معرفة خصائص مرضه وكيف يلتمس نظام معيشته يضمن الصحة والهناء، وتكون ثمرة للوعي الصحي النابع من الثقافة الصحية التي يتمتع با. فتحقيق الوقاية أو ما يطلق عليها بالعلاج المثالي يعتمد على عدة مجهودات يبذلها كل من الطبيب والمريض لتحقيق نوع من السعادة. فمعايشة المرض كحادثة اجتماعية، مظهر من مظاهر الحياة الإجتماعية، لأن إستجابة المريض لمرضه يتم عن طريق التركيز على تصوراته حول الصحة وعلى الأفعال الوقائية الضرورية للحفاظ عليها وطلب العلاج. فواقع هذا السلوك يبرز من خلاله دور المريض الذي هو مجموعة من النشاطات السلوكية المرتبطة بالمرض. وعلاقة هذه النشاطات بالجماعة المرجعية للمريض ومدى إعفائه من بعض المسؤوليات والواجبات ودرجة تعاطف هذه الجماعة معه. ولتحقيق الرفاهية الصحية لا بد أن يتوفر لديه قسط من الثقافة الصحية للوقوف على تطورات المرض، مضاعفاته والتحكم في الوقاية العلاجية وأن يكون لديه الإستعداد التام للتعاون مع طبيبه وتغيير نمط حياته من الأسوأ إلى الأحسن لتحقيق تنمية صحية.

فالثقافة الصحية تعتبر عامل مهم جدا في رفع المستوى الصحي للفرد، العائلة والمجتمع ولأي بلد كان، حيث يقاس المستوى الصحي بدرجة المستوى الثقافي والنضج الإجتماعي، وذلك من خلال سرعة مراجعة المريض للطبيب وإتباع النصائح الطبية لأن هذه الثقافة لا تعني فقط مجرد توفر معلومات صحية، بل تتضمن المعرفة، الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة المعتاد عليه إلى نمط جديد. فغيابا يؤدي إلى إحداث خلل في وظائف النسق الطبي.

* علاقة المشاركة المتبادلة هي أحد أنماط العلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض التي تطرقا إليها الطبيبان سوزاس وهولندر في دراستهما للعلاقة طبيب-مريض. ويمكن معالجة هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل الثاني العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى.

وللإقتراب أكثر من هذه الحقيقة تم تقسيم البحث إلى بابين، الباب الأول تمثل في الدراسة النظرية والباب الثاني عنوناه بالدراسة الميدانية إلى جانب المقدمة والخاتمة مع قائمة للمراجع، التوصيات والمقترحات وأخيرا الملاحق.

إن دراستنا هذه شكلت عشرة فصول ندرجها حسب الخطة التالية:

الفصل الأول: تضمن هذا الفصل البناء المنهجي للبحث، تحت عنوان الإقتراب المنهجي للدراسة، والذي إحتوى على المنهج وأهم الخطوات المنهجية للبحث العلمي من حيث أسباب إختيار الموضوع وأهدافه، طرح الإشكالية وصياغة الفرضيات، تحديد المفاهيم والمصطلحات، تحديد مجتمع البحث، تقنيات جميع البيانات وتحليلها وأخيرا الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: خصص للعلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى من خلال معالجة الدور الإجتماعي للمريض، الدور الإجتماعي للطبيب، العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة إجتماعية، إسهام العلماء في دراسة العلاقة طبيب-مريض. وأخيرا العوامل المؤثرة في هذه العلاقة. ونختم الفصل بخلاصة.

الفصل الثالث: وهو الفصل الخاص بالأمراض المزمنة في العالم، وقد أدرجنا فيه مبحثين كل مبحث يحتوي على عناصر. المبحث الأول هو الأمراض المزمنة وإنتشارها في العالم والذي تم معالجة فيه المرض المزمن وإنعكاساته على حياة الفرد، الوضعية الإبدميولوجية للأمراض المزمنة في العالم من خلال تحديد الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في العالم، مرض الضغط الدموي وإنتشاره في العالم، الإصابات والوفيات بأمراض القلب في العالم وأخيرا سياسة المنظمة العالمية للصحة في إطار مكافحة الأمراض المزمنة. أما المبحث الثاني، فنجد فيه عوامل إنتشار الأمراض المزمنة منها الوراثة، التحديث والتحضر، التغير في نوعية الغذاء، السمنة والضغوطات الإجتماعية والنفسية. وأخيرا خلاصة للفصل.

الفصل الرابع: خصص للثقافة الصحية وإنعكاساتا على علاج الأمراض المزمنة في الجزائر من خلال ثلاثة مباحث هي مبحث خاص بظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في التمع الجزائري، وعالج واقع الأمراض المزمنة، نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة في الجزائر وأيضا الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في الجزائر. وبالنسبة للمبحث الثاني، فنجد التربية الصحية ودورها في تسيير المرض المزمن. وتضمن هذا المبحث عنصر التربية الصحية وأهدافها، ميادينها، دور الطبيب في نشر التربية الصحية وأهمية وسائل الإعلام في ذلك. أما المبحث الثالث، فقد تضمن العوامل المؤثرة في إكتساب المريض للثقافة الصحية في الجزائر، بالتطرق إلى الثقافة الصحية، التعليم ودوره في إكتساب المعرفة الصحية، المستوى المادي والإقتصادي للأسرة وتأثيره على الممارسات الصحية. وأخيرا ثقافة التمع في مجال الصحة وإنعكاساتا على تغيير السلوك الصحي الأفراد. وفي الختام خلاصة للفصل.

أما الباب الثاني، فقد خصص للدراسة الميدانية وتضمن ستة فصول.

الفصل الخامس: فقد تناولنا فيه التعريف بميدان البحث وتقديم خصائص أفراد العينة بتوضيح شامل بتمهيد و أخيرا خلاصة للفصل.

الفصل السادس: إن هذا الفصل من الدراسة الميدانية خصصناه لتحليل الفرضية الأولى، أي تحليل محتوى المقابلات مع الأطباء والإستشارات الطبية. وختامه إستنتاج للفرضية.

الفصل السابع: عالج تحليل الفرضية الثانية من خلال إبراز نتائجها في شكل جداول مزودة بتحاليل إحصائية وسوسيولوجية. وأخيرا إستنتاج لهذه الفرضية.

الفصل الثامن: تطرقنا فيه إلى تحليل الفرضية الثالثة. وذلك من خلال نتائج الجداول الإحصائية التي تم تحليل نتائجها بتحليلات إحصائية وسوسيولوجية. وفي الأخير وضع إستنتاج للفرضية.

الفصل التاسع: تضمن تحليل الفرضية الرابعة من الدراسة. وذلك من خلال إبراز أهم نتائجها وتحليلها إحصائيا وسوسيولوجيا، ووضع إستنتاج جزئي.

الفصل العاشر: إحتوى على نتائج الفرضية الخامسة والتي تم تحليلها إحصائيا وسوسيولوجيا مع إستنتاج لها.

كما أننا إعتمدنا في الجانب الميداني على وضع إستنتاج عام للفرضيات.

و أخيرا نختم هذه الدراسة بخاتمة للموضوع، التوصيات و المقترحات و قائمة للمراجع والملاحق.

البـــاب الأول
الدراســة النظـريــة

الفصـل الأول
الإقتراب المنـهجي للدراسة

المطلب الأول: أسباب إختيار الموضوع وأهدافه.

المطلب الثاني: الإشكاليـة والفرضيات.

المطلب الثالث: تحديد المفاهيـم والمصطلحات .

المطلب الرابع: تحديد مجتمع البحث .

المطلب الخامس: منهج الدراسـ ـة.

المطلب السادس: تقنيات جمع البيانات وتحليلها.

المطلب السابع: الدراسات السابقة.

المطلب الأول: أسباب إختيار الموضوع وأهدافه:

إن كل باحث يضع نصب عينيه عددا معتبرا من الأسس و المعايير التي يتم من خلالها الإختيار السليم لمشكلة بحثه، وعليه فإن أهم أسباب إختيارنا لموضوع "الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة"، هو ذلك الشعور والإحساس بمشكلة إرتفاع عدد الإصابات بالأمراض المزمنة في الجزائر خاصة في السنوات الأخيرة، حيث أصبح هذه الأمراض تعرف في معظم العائلات الجزائرية، وذلك من خلال ملاحظة الواقع المعاش، فالمستشفيات، المستوصفات والمراكز الصحية تكتظ بالمرضى المصابين بالأمراض المزمنة التي خلفت مضاعفات خطيرة لدى فئة الأميين والمسنين.

فبعد إنتهائنا من دراستنا لرسالة الماجستير المعنونة بـ العوامل المؤثرة في العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري في الجزائر، إستنبطنا حوصلة من النتائج أهمها أن المشكل الرئيسي في تدهور الحالة الصحية للمريض المصاب بمرض مزمن هو غياب ثقافته الصحية التي تحدد سلوكاته، فهي ليست مجرد إكتساب معلومات صحية حول المرض وكيفية الوقاية والعلاج فقط، وإنما هي ترجمة الممارسات الصحية في واقع حياته، أي يحاول المريض التكيف والتعايش مع مرضه المزمن. وعليه كانت هذه الفكرة إنطلاقة لدراسة هذا الموضوع. وإرتأينا أن نختار أنواع معينة من الأمراض المزمنة، التي لها خصائص مشتركة مع بعضها البعض مثل داء السكري، الضغط الدموي والقلب كحالة للدراسة، وهي أمراض أكثر إنتشارا في التمع الجزائري، حيث تتأثر وتؤثر على البيئة الإجتماعية و الظروف المعيشية للمصاب، وحتى على التمع والنسق الطبي بصفة عامة. ويمكن القول أن المشكل لا يكمن فقط في إرتفاع عدد المصابين بذه الأمراض فحسب، وإنما يكمن في كيفية تسييره وتفادي مضاعفاتا إنطلاقا من الثقافة الصحية. والسؤال الذي يطرح نفسه هو هل يستطيع المريض المحافظة على صحته الطبيعية إنطلاقا من واقعه المعاش؟ فالإصابة بذه الأمراض من الإصابات الخطيرة والمزمنة التي تستدعي الإهتمام، حيث أن المصاب بإحدى هذه الأمراض يدخل ضمن نمط معيشي جديد يفرض عليه نوع من الإلتزام والتقيد ببعض الشروط والأدوار، وذلك من أجل التكيف مع المرض والتعايش معه بطريقة صحيحة والتحكم فيه. وكما هو معروف فإن علاج هذه الأمراض تستغرق فترات طويلة ويتطلب معرفة ودراية واسعة عن المرض، حيث أن مشكلة الأمية والجهل يمثلان أكبر العوائق في تحقيق الصحة المثالية للشخص. فمن خلال نتائج دراستنا السابقة استخلصت أن الثقافة الصحية للمريض هي من أهم مقومات علاج المرض. وعليه صممنا أن نكشف عن كيفية تسيير العمل المرضي إنطلاقا من الثقافة الصحية وما هي معوقاتا في الجزائر.

ومن أهم أسباب إختيارنا لهذا الموضوع أيضا هو أن المرض والصحة لا يمكن فهمهما إلا إذا أدرجناهما في السياق الإجتماعي نظرا لما يضمان من عناصر تؤثر على إدراك الفرد للمخاطر التي تواجهه وأهم التصرفات التي يقوم با حفاظا على صحته الطبيعية. بالإضافة إلى ذلك كيفية التأثير على تغيير نمط

الحياة من نمط غير صحي إلى نمط صحي. وعليه فإن دراسة المرض لا يمكن إقتصارها على الجانب الطبي فقط، وإنما يتعدى ذلك، ليشمل ربط المرض بالجوانب الإجتماعية، الإقتصادية، الثقافية والديمغرافية، ومدى تأثير هذه الجوانب المحيطة بالفرد على صحته.

كما أن قلة البحوث في هذا المال كانت سببا من أسباب إهتمامنا به، قلة وندرة الدراسات حول الصحة والمرض منها مشكلة الأمراض المزمنة. فهذه الأخيرة من المواضيع التي تفتقر إلى أبحاث سوسيولوجية وديمغرافية في الجزائر مقارنة بالدراسات النفسية.

وإنطلاقا مما سبق، فإن كل هذه الظواهر الملاحظة دفعتنا إلى البحث عن هذا الموضوع الذي يحاول تفسير سلوكات هؤلاء المصابين بالأمراض المزمنة، والتي تبدوا في الوهلة الأولى سلوكات غير عقلانية وغير واضحة، وهي عبارة عن تمرد من طرف المرضى على الفاعلين في النسق الطبي أو أنا نتيجة عدم توفر الإمكانيات اللازمة للتعاون مع الطبيب.

ما من موضوع يختاره الباحث ألا ويكون وراءه أهداف معينة يصبوا للوصول إليها، فالهدف الذي يسعى إليه من وراء دراسته يمثل أحد العوامل التي تؤثر في إختيار مشكلة بحثه، وعليه سنحاول إبراز مجموعة من الأهداف التي تسعى هذه الدراسة لتحقيقها.

إن الهدف الرئيسي من إختيار موضوع بحثنا هو الوصول إلى إجابة نظرية متعلقة بمدى أهمية الثقافة الصحية في تحقيق تنمية صحية لدى المريض، وكذا محاولة فهم الواقع الاجتماعي الجزائري من خلال الفاعلين الإجتماعيين والمتمثلين في المرضى والعاملين في النسق الطبي. وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية: هل تتوفر ثقافة صحية لدى المريض المصاب بمرض مزمن؟ وهل نسجل ضعف في نشر التربية الصحية؟ هل توجد ثقافة صحية حقيقية أو ثقافة وهمية؟ هل هناك إعادة إنتاج للثقافة الصحية التقليدية؟ وما هي أهم العوامل التي تتحكم في الثقافة الصحية لدى المرضى؟

وكما هو المعروف، فإن البحث العلمي يطمح إلى إيجاد بعض الحلول للمشكلات العلمية سواء كانت إجتماعية، إقتصادية، تربوية أو ديمغرافية، ونحن بدورنا نسعى إلى محاولة التعرف على أهمية الثقافة الصحية في حياة المريض المصاب بأحد الأمراض المزمنة. لذا إنصب إهتمامنا على شريحة هامة من التمع وهي فئة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (داء السكري، ضغط الدم والقلب). إذ أن هذه الفئة أكثر معاناة في حياتا اليومية. وعليه نحاول الكشف عن مدى تأثير العوامل الإجتماعية، الإقتصادية والثقافية على الثقافة الصحية لدى المريض في الجزائر وتوفير دراسة سوسيولوجية ديمغرافية عن هذه المشكلة تكون إنطلاقة لأبحاث سوسيولوجية أخرى ولتخصص جديد.

المطلب الثاني: الإشكاليـة والفرضيـات:

عرف وما زال يعرف العالم تغيرات جذرية في الخريطة الصحية من خلال التغير في أنماط الأمراض، من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة. وبالرغم من ذلك فما زالت بعض الدول تعاني من إزدواجية الأمراض. فهذه الأمراض المزمنة أغلبها أمراض ترتبط بالنمط الغذائي كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، حيث تقدم مؤشرات الصحة دليلا قاطعا على الوضعية الحقيقة التي يعاني منها القطبين في مجال الصحة العمومية. فإستنادا على الإحصائيات، فإن الأمراض المزمنة هي السبب الرئيسي للوفيات. إذ نجد 77% من العدد الإجمالي للوفيات مصدره الأمراض غير المتنقلة، وهذا في الدول غير المتقدمة و 85% من التكفل بالمرضية الإجمالية للأمراض يوجد في الدول التي دخلها منخفض أو متوسط. وتتوقع المنظمة العالمية للصحة من الآن إلى 2020 أن تمثل الوفيات بذه الأمراض 73% من الوفيات أما بالنسبة لعبء المرضية فنجد 60 % في العالم.[1] ويرجع المختصون أسبابا إلى التشيخ السريع للسكان، التحول الإجتماعي والإقتصادي، وأيضا عوامل سلوكية، قلة الحركة والنشاط البدني. مما أدى ذلك إلى إرتفاع مستوى البدانة، زيادة الوزن وإرتفاع معدلات الإصابة بالقلب، الضغط الدموي والسكري.

إن الدولة الجزائرية إستطاعت أن تيمن على الوضع الصحي المزري الذي كان سائدا في القرون الماضية خاصة في الستينات والسبعينات بفضل وضع سياسات صحية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية. فالتحسن هذا قابله مستوى معيشي لا بأس به أدى من جهة إلى التقليل من نسبة الوفيات ومن جهة ثانية إلى ظهور بوادر التغير في عدة مجالات منها الإجتماعي، الثقافي والإقتصادي...الخ. وهذه التغيرات أثرت على المجتمع الجزائري بالإيجاب وبالسلب خاصة في مجال التغذية بظهور عادات غذائية سيئة عند الأفراد. مما نتج عن ذلك مجموعة من الأمراض المعروفة بالأمراض غير المتنقلة، والتي هي في تزايد مستمر، حيث تؤكد معطيات وزارة الصحة والسكان ونتائج بعض الدراسات الميدانية، أن معدل إنتشار الضغط الدموي يقدر بـ 20% ويمثل أهم عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية. أما بالنسبة لداء السكري، فنجد معدل إنتشاره يقدر ما بين 7 إلى 8 % في فئة السن 30-65 سنة. [2] وإذا كان هذا هو حال المجتمع الجزائري، فكيف يمكن القضاء على هذه الأمراض المزمنة والحد من إنتشارها؟ هل نلجأ إلى سياسة نشر التربية الصحية؟ وهل يمكن التأثير على الفرد عامة والمريض المزمن خاصة بتغيير ممارساته غير الصحية؟

ففي ضل هذا الغموض، والتزايد المستمر لعدد المصابين بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري يفرض على الهيئات المختصة وضع سياسات صحية صارمة وتكثيف الجهود على جميع المستويات لتوعية هذه

(1) Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 16.
(2) Ibid, P 5.

الشريحة من المرضى صحيا من أجل السيطرة والتحكم في المرض المزمن وإحداث تنمية صحية. وفي هذا الصدد فإن التربية الصحية هي مبدأ الوقاية من هذه الأمراض، فمن خلالها تعزز الصحة ويتم الإرتقاء بالمعارف، المعلومات، بناء الإتجاهات وتغيير الأفكار. أي تزويد المصاب بالمعرفة الصحية والتأثير في معتقداته لتغيير بعض الممارسات غير الصحية. وقد يكون الطبيب أحد المشرفين على هذه العملية والمسؤول على تنمية الوعي الصحي لدى المريض، إلا أن هذا الأخير له دور في ذلك، حيث أن طبيعة عمل الطبيب توفر له مجالا لتعليم المرضى أصول الصحة، أي القيام بالتثقيف الصحي كجزء لا يتجزأ من عمله اليومي. وقد يجد نفسه مضطرا لهذا العمل لإكمال عملية العلاج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. فالمريض يكتسب المعلومات الصحية في النسق الطبي من خلال علاقته وتفاعله مع الطبيب وهيئة التمريض. وفي هذا الصدد فإن نقص الوعي الصحي لدى المريض المصاب بمرض مزمن وعدم تعاونه مع طبيبه في المجتمع الجزائري يمثل أحد المعوقات الوظيفية للنسق الطبي، والمتمثلة في معوقات التكيف، إنجاز الهدف والمحافظة والثبات على التوازن في النسق الطبي. ويعتبر التعليم أحد العناصر الرئيسية في توفر المعرفة الصحية وزيادة خبرات الفرد ومعلوماته.

ومن خلال ما سبق ذكره، فإن إشكالية بحثنا ترتكز أساسا على تفسير ظاهرة الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، خاصة داء السكري، الضغط الدموي والقلب. ولهذا إخترنا مرضى الأمراض المزمنة كحالة للدراسة بإعتبارها أكبر شريحة تستدعي الإهتمام والتثقيف صحيا. فالثقافة الصحية ليست إكتساب معلومات صحية فحسب، وإنما هي أيضا كيفية إستغلال هذه المعرفة في نظام الحياة من خلال ترجمتها إلى ممارسات صحية، أي معرفة، إرادة وقدرة على تغيير الممارسات الصحية. ومن هذا المنطلق نحاول التعرف على كيفية إكتساب المريض المعلومات الصحية وترجمتها إلى حقائق يومية. وبالتحديد تغيير أفكاره، إتجاهاته المضرة بالصحة وتصرفاته. وقد يظهر هذا التغيير من خلال أفعال سلوكية إجتماعية صحية تتماشى مع نظام حياته. ولكن إكتساب هذه الثقافة تختلف درجتها من مريض إلى آخر، وهذا حسب مستواه التعليمي، مكانته الإجتماعية-الإقتصادية والثقافة السائدة في المجتمع، وهي عوامل توجه سلوكه وتصرفاته. كما أن للتفاعل الإجتماعي في النسق الطبي دور في تنمية الوعي الصحي لدى المريض وإقناعه بتغيير عاداته غير الصحية. وهذا بالتنسيق مع الأسرة التي تعتبر البيئة الأساسية في توجه تصرفات المرضى، حيث يمكن أن تؤثر في إتجاهات مريضها.

وعليه فإن التساؤل الذي يطرح نفسه في هذا المجال هو كيف يساهم العاملين في النسق الطبي من أطباء وشبه طبي في توعية المرضى وتثقيفهم صحيا قصد التأثير في معلوماتهم تأثيرا إيجابيا وإقناعهم بتغيير عاداتهم وسلوكاتهم غير الصحية إلى أنماط مستحبة من السلوك؟ وما هي العوامل التي تقف كعائق أمام الثقافة الصحية للمريض؟ وهل أن الثقافة السائدة في المجتمع من قيم، عادات، تقاليد، تصرفات، مفاهيم

وأمثال شعبية حول الصحة تلعب دور في إقناع المرضى بتغيير أفكارهم وتصرفاتهم غير الصحية إلى تصرفات صحية والتأثير في نشر التوعية الصحية في أوساطهم؟

إستنادا على التساؤل العام، تبلورت مجموعة من التساؤلات أهمها:

1- هل أن التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض يؤثر في الثقافة الصحية لهذا الأخير؟

2- إلى أي مدى يؤثر المستوى التعليمي للمريض على إكتساب المعلومات الصحية وزيادة الوعي الصحي بالأمور الوقائية؟

3- هل الوضع المادي للمريض يؤثر في ممارساته الصحية وفي مدى تغييره لأنماط حياته؟

4- كيف تؤثر ثقافة المجتمع في إكتساب المريض للمعلومات الصحية وترجمتها إلى سلوكات صحية؟

5- ما هو الدور الذي تقوم به الأسرة في تثقيف مريضها صحيا والتأثير في مواقفه وإتجاهاته؟ وهل أن الأسرة في المجتمع الجزائري تتقيد بإلتزاماتها نحو مريضها؟

وللإجابة على هذه التساؤلات نحاول صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

التفاعل بين الطبيب والمريض في النسق الطبي ينمي الوعي الصحي.

الفرضية الثانية:

المستوى التعليمي للمريض له علاقة بإكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته.

الفرضية الثالثة:

إنخفاض الدخل الشهري الأسري يؤدي إلى إنعدام رغبة وقدرة المريض على تغيير ممارساته غير الصحية.

الفرضية الرابعة:

المكونات الثقافية الشعبية المرتبطة بالصحة تعرقل من إكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياة اليومية.

الفرضية الخامسة:

الدعم الإجتماعي في الوسط الأسري يؤدي إلى إكتساب المريض للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية.

المطلب الثالث: تحديد المفاهيم والمصطلحات:

إن عملية تحديد المفاهيم والمصطلحات مرحلة أساسية في البحث العلمي، وهي شاقة تتطلب من الباحث الإلمام والدقة خاصة في العلوم الإجتماعية، وبحثنا هذا لا يخلوا من هذه المرحلة. وعليه سنحاول توضيح أهم المفاهيم والمصطلحات الأساسية في هذه الدراسة على النحو التالي:

1- الصحة: إن مفهوم الصحة من الناحية الطبية هي غياب المرض الظاهر كليا في جسم الإنسان. فحسب القاموس الطبي تعرف على أنا "حالة قيام الوظائف الجسمية بصفة عادية خارج وجود الأمراض".[1] فهي أيضا "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناتجة عن تكييفه مع عوامل البيئة التي يعيش فيها ذلك الجسم".[2] فهذا المفهوم، هو مفهوم ضيق جدا، له نظرة سلبية، حيث يعتبر الصحة غياب المرض الظاهر كليا، يعني ذلك أن الأفراد الذين لا يشعرون بأي ألم ظاهر وأعراض مرضية عند الفحص الطبي هم أصحاء لا يعانون المرض.

وعليه إعتمدت المنظمة العالمية للصحة على تعريف أكثر شمولا وإيجابا لمفهوم الصحة، حيث تعرفها على أنا "الحالة التي يكون فيها الإنسان يتصف بحالة متكاملة من الناحية النفسية والطبية والإجتماعية وليس مجرد عدم وجود أي مرض".[3] فحسب مفهوم المنظمة العالمية للصحة فإن الصحة لا تعني فقط عدم وجود المرض وإنما تشمل ثلاثة أبعاد رئيسية وهي:

البعد الجسمي أو البدني، تمتع الفرد بجسم سليم أي سلامة صحية جسمية.

البعد الإجتماعي التوافق الإجتماعي مع البيئة الإجتماعية المحيطة بالفرد.

البعد النفسي والعقلي، تمتع الشخص بإستقرار نفسي وصحة عقلية سليمة.

والبعد الرابع الإضافي وهو غياب المرض كليا.

ومن هذا المنطلق يعد مفهوم الصحة ذو طابع يشمل على مستوى الفرد أو الجماعة تعبير عن تداخل عدة عوامل ترتبط بالجسم، التمع والعقل.

وإنطلاقا من التعاريف السابقة، فإن المفهوم الإجرائي للصحة في دراستنا هذه هو الصحة المثالية التي هي الحالة الطبيعية التي تظهر على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة داء السكري، الضغط الدموي والقلب، والتي تساعدهم على القيام بأدوارهم الإجتماعية بشكل طبيعي، وهي عكس سوء الحالة الصحية للمرضى.

2- المرض: يعرف المرض في القاموس الطبي Petit Larousse de la médecine على أنه إعتلال أو عجز في الصحة، حيث أن هذه العلة تحمل عدة خصائص، أسباب، علامات وأعراض تدل على أن الجسم غير

(1) Andre Domart et Jacques Bourneuf, Petit Larousse de la Médecine, Librairie Larousse, Paris, 1983, P 819.

(2) إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1991، ص71.

(3) محمد رشاد عامر، الموجز في علم الصحة والتربية الصحية، دار القلم، الكويت، ط1، 1974، ص169.

قادر على القيام بوظائفه، وهذه الأعراض تتطور. [1] وبعبارة أخرى فإن المرض من الوجهة الطبية هو "الحالة التي يكون عليها الجسم عندما لا يستطيع أحد الأعضاء أو أجهزة أو مجموعة منها في تأدية وظيفتها الطبيعية سواء بالنقص". [2] وفي هذا الصدد يوجد نوعين من الأمراض، النوع الأول هو الأمراض غير المزمنة التي يمكن أن تكون معدية أو غير معدية. والنوع الثاني هو الأمراض المزمنة التي تتصف بالإستمرارية، حيث أن هذا النوع الأخير من الأمراض يمكن أن يكون معدي أو غير معدي. ففي دراستنا هذه ركزنا على النوع الثاني من الأمراض وبالتحديد داء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب.*

والمرض **كمفهوم إجتماعي** هو "حالة إجتماعية يضم تغييرا في السلوك وهو ظاهرة إجتماعية إنسانية تختلف بإختلاف الثقافات. ففي حين أن المرض بمعناه البيولوجي يحدث مستقلا عن المعرفة والتقييم الإنساني الإجتماعي، فإن المرض كحالة ينشأ ويتطور عن طريق هذه المعرفة والتقييم الإجتماعي". [3] وفي نفس السياق فإن المرض ينتسب إلى "صنع القوى فوق الطبيعية ويظهر فقط في الإنسان" [4]

إن الأطباء ينظرون إلى المرض على أنه إنحراف عن المعيار البيولوجي للصحة والشعور بها، في حين ينظر علماء الإجتماع إلى المرض على أنه "حالة إجتماعية منحرفة ظهرت نتيجة إضطراب في السلوك العادي من خلال المرض الذي هو حالة بيولوجية غير سوية". [5]

وفي هذا الصدد فقد تناول عالم الإجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز مفهوم المرض وطوره من خلال معالجته لدور المريض، وإعتبره إنحراف، حيث "أن كون الإنسان مريضا لا يعني فقط إضطرابا في حالة الإنسان الطبيعية البيولوجية، بل أيضا في حالته الإجتماعية وخاصة في أدواره الإجتماعية" . [6]

وتؤكد الباحثة نادية محمد السيد عمر على أنه "يعتبر تالكوت بارسونز أول من إستخدم وجهة النظر السوسيولوجية للمرض بإعتباره إنحراف فكان يرى أن الشخص المريض يعاني من القلق والإضطراب في حالته الطبيعية كموجود إنساني سواء كان هذا الإضطراب من الناحية البيولوجية أو الإجتماعية. فالإنحراف من وجهة النظر السوسيولوجية هو أي فعل أو سلوك يدنس أو ينتهك المعايير الاجتماعية المتفق عليها داخل أي نسق إجتماعي، وهذا السلوك الإنحرافي لا بد وأن يتضمن أولا إعلان عن بعض الأحكام الإجتماعية

---

(1) Andre Domart et Jacques Bourneuf, Op. cit, P 555.

(2) سرور أسعد منصور، الصحة والمجتمع، الدار العربية للكتاب، ليبيا، السنة غير مذكورة، ص69.

* لمزيد من المعلومات، أنظر إلى الفصل الثالث الأمراض المزمنة في العالم عنصر إنعكاسات المرض المزمن على الفرد وعنصر لمحة طبية عن داء السكري، الضغط الدموي والقلب.

(3) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الإجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ليبيا، 1989، ص59.

(4) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دراسة ميدانية في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص59.

(5) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص64.

(6) علي المكاوي، مرجع سابق، ص65.

عن ما هو الصحيح أو المناسب من السلوك طبقا للمعايير الإجتماعية المتفق عليها".[1] فالمرض هو إنحراف عن المعايير المتفق عليها، حيث يشبه المرض الجريمة، والمريض كالمجرم الذي لم يحترم المعايير الإجتماعية.

3 – المريض: إن المصطلح الجديد للمريض هو ذلك "الشخص الذي يبحث عن العناية الطبية"[2]، حيث يوجد تساؤل حول من هو الفرد الذي يطلق عليه كلمة مريض هل هو المريض الذي يعاني من إضطراب عضوي يستوجب عليه فحصه وتقديم له المساعدة الطبية أو الشخص الذي يلجأ إلى المؤسسات الصحية.

وفي دراستنا هذه فإن المريض هو ذلك الشخص الذي يعاني من مرض مزمن بالتحديد داء السكري، الضغط الدموي أو القلب، والذي يلجأ إلى الخدمة الصحية طالبا المساعدة الطبية.

4- الطبيب: يبرز مفهوم الطبيب من خلال الدور الذي يقوم به، حيث أنه ذلك الشخص الذي يقدم المساعدة الطبية للمرضى ويشرف على علاجهم، محاربة الأمراض وإيجاد حلول لها. وفي هذا الصدد نجد نوعين من الأطباء، أطباء عامون يشرفون على علاج الأمراض العادية التي تظهر لدى الفرد، والنوع الثاني من الأطباء هم الأطباء المختصون حسب الأمراض ونوعيتنا.

ومفهومنا الإجرائي للطبيب هو الطبيب المختص الذي يقوم بمعالجة الأمراض المزمنة، مختص في الطب الداخلي ومختص في أمراض القلب.

5- التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض: إن التفاعل الإجتماعي حسب إبراهيم مذكور في معجم العلوم الإجتماعية هو "ظاهرة إجتماعية يحدث فيها تأثير متبادل بين فردين أو جماعتين أو هيئتين فأكثر، ويتم هذا التفاعل عن طريق الإتصال ويكون الإتصال ماديا، كأن يتقابل الشخصان وجها لوجه، ويتحدثان ويؤثر كل منهما في الآخر، كما يكون معنويا كأن يتأثر شخص بأداء آخر قرأ عنه أو سمع به، ويكون مباشرا وغير مباشرا، والإتصال شرط أساسي لحدوث التفاعل، والعزلة تؤدي إلى إيقافه لأنها تمنع تجاوب الشخص المعزول مع المجتمع وتأثره به وتأثيره فيه".[3] ويؤكد علماء الإجتماع والأنثروبولوجيا عند تعريفهم للتفاعل الإجتماعي على أنه "تأثير متبادل بين الأفراد المنشئين تنشئة إجتماعية، ويقولون أن التفاعل الإجتماعي يسمى "التفاعل الرمزي" لأن التفاعل الإجتماعي بين الأفراد يتم عن طريق وسيط بينهم، وهذا الوسيط هو الإتصالات التي تحدث بينهم".[4]

والتفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى هو تأثير متبادل بين الطرفين يتم عن طريق الإتصال الذي يمكن أن يكون لفظي شفهي أو غير شفهي، لأنه هو أساس التفاعل الإجتماعي، حيث أن هذا الأخير يمكن أن يكون تفاعل إيجابي بين الطرفين أو تفاعل سلبي. وفي هذا المنوال فإن المريض يعتبر فاعل إجتماعي مهم

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص60.

(2) نفس المرجع، ص61.

(3) (4) إبراهيم مذكور، معجم العلوم الإجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1975، ص167.

في إحداث العلاقة التي تعرف بعلاقة طبيب-مريض.* حيث تدل كلمة العلاقة على "الروابط والآثار المتبادلة التي تنشأ إستجابة لنشاط أو سلوك مقابل، والإستجابة شرط أساسي لتكون علاقة إجتماعية".[1] أما العلاقات الإجتماعية فإنا "الروابط والآثار المتبادلة بين الأفراد في المتمع، وهي تنشأ من طبيعة إجتماعهم وتبادل مشاعرهم وأحاسيسهم وإحتكاك بعضهم بالبعض الآخر ومن تفاعلهم في بوقعة المتمع".[2]

وإستنادا على ما سبق ذكره، فقد قام الطبيبان كل من "سزاس وهولندر" « Szasz et Hollender » بدراسة حول العلاقات بين الأطباء والمرضى وصنف أنواع التفاعـلات الإجتماعية حسب العلاقـات إلى 3 أنواع وهي: علاقة الإيجابية –السلبية، علاقة الإرشاد والتعاون وعلاقة المشاركة المتبادلة.[3]

أما العالم الإجتماعي الوظيفي "تالكوت بارسونز" « Talcott Parsons » فقد عالج موضوع العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى من خلال أدوراهم الإجتماعية.**

وفي نفس السياق فإن المفهوم الإجرائي للعلاقة بين الطبيب والمريض هي مجموعة التفاعلات الإجتماعية والنفسية التي تنشأ من خلال الإتصال الدائم بينهما في النسق الطبي، فهي عبارة عن صورة تعكس لنا نموذج الشخصية والأبعاد الإجتماعية بين الأفراد ومبلغ عمق الوجدان العاطفي. ولذلك فإن تحليلها له دلالته الموضوعية ويعطينا فهما واضحا لسلوك المريض وطبيعة المشكلات الفردية والجماعية ترجع إلى عوامل تتصل بطبيعة العلاقات، حيث أن "طبيعة الحياة الإجتماعية تفرض على الفرد أن يدخل في علاقات مع الآخرين ويتبادل معهم المشاعر والأحاسيس وتختلف درجات لتقبله الإجتماعي لإختلاف مكونات الشخصية والمواقف الإجتماعية ولذلك أصبحت ظواهر التوافق وعدم التوافق، التكيف وسوء التكيف، القبول وعدمه، الرضا والتبرم، الجاذبية والقفزة والتفاهم وسوء التفاهم من الظواهر الملحوظة على أوسع نطاق في العلاقات بين الأشخاص".[4]

6- **الثقافة الصحية:** إن مفهوم الثقافة الصحية يتألف من شقين هما الثقافة والصحة. فالثقافة من الناحية الإجتماعية حسب قاموس علم الإجتماع "تتألف من أنماط مستترة أو ظاهرة للسلوك المكتسب والمنقول، عن طريق الرموز، فضلا عن الإنجازات المتميزة للجماعات الإنسانية، ويتضمن ذلك الأشياء المصنوعة، ويتكون جوهر الثقافة من أفكار تقليدية، وكافة القيم المتصلة با. أما الأنساق الثقافية فتعتبر نتاج السلوك

---

* لمزيد من المعلومات أنظر الفصل الثاني ، العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى.

(1) نفس المرجع، ص402.

(2) نفس المرجع، ص403.

(3) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983، ص 277.

** يمكن الرجوع إلى هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل الثاني العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى في عنصر إسهام العلماء في دراسة العلاقة طبيب-مريض.

(4) نفس المرجع، ص404.

من ناحية، وتمثل الشروط الضرورية له من ناحية أخرى".[1] وهي أيضا "تتضمن كل مظاهر العادات الإجتماعية في المجتمع المحلي، وإستجابات الأفراد نتيجة لعادات الجماعة التي يعيشون فيها".[2] أما الثقافة من الناحية الأنثروبولوجية تعرف من طرف العالم الأنثروبولوجي الإنجليزي "تايلور" على أنها "ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والعقائد والفن والأخلاق والقانون والعرف وكل المقدرات والعادات الأخرى التي يكتسبها الإنسان من حيث هو عنصر في مجتمعه".[3]

وبالمعنى الأناسي الشعبي المعروف فإن الثقافة هي "مجموعة العادات والتقاليد والأعراف والقيم والأخلاق والفن والدين وكل ما أنتجته يد الإنسان ماديا ومعنويا بإعتباره عنصر في مجتمع".[4]

أما الشق الثاني من مفهوم الثقافة الصحية هو الصحة التي تطرقنا إليها سابقا، والتي تعرف على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة التي يعيش فيها ذلك الجسم".[5] وحسب المنظمة العالمية للصحة تعرف على أنها "الحالة التي يكون فيها الإنسان يتصف بحالة متكاملة من الناحية النفسية والطبية والإجتماعية وليس مجرد عدم وجود أي مرض".[6]

ويلاحظ من المفهومين السابقين بأن الثقافة والصحة مفهومان متداخلان فيما بينهما، حيث أن الثقافة الصحية هي ثقافة فرعية لا تشمل فقط توفر معلومات صحية لدى المريض وإنما تشمل كذلك الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة والممارسات والتصرفات غير الصحية إلى تصرفات صحية تتناسب مع نمط الحياة الجديد خاصة في حالة الإصابة بالأمراض المزمنة. فالثقافة الصحية هي إكتساب معلومات ومعرفة صحية، تأصيل القيم المرتبطة بتلك المعلومات الصحية أي بناء الإتجاهات الصحية وأخيرا تطبيق تلك المعرفة الصحية والتي تظهر من خلال السلوك الصحي. فهي أحد عناصر الوقاية الأولية، حيث تكتسب من خلال التربية الصحية أو التثقيف الصحي.

وإستنادا على ما سبق ذكره من التعريفات، فإن الثقافة الصحية في هذه الدراسة تندرج في عدة مؤشرات منها أهم المعلومات الطبية التي يمتلكها المريض المصاب بمرض مزمن والمتعلقة بالصحة، المرض والطرق العلاجية والوقائية. والتي بدورها تحدد له الوعي والسلوك الصحي وأهم الممارسات الصحية المتبعة، وهذا غير كافي وإنما يشترط أن تتوفر الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة والمعيشة من نمط معتاد إلى نمط يتماشى مع المقتضيات الجديدة التي فرضها الطبيب، حيث أن الإدراك والوعي الصحيين يترجمان في شكل

---

(1) (2) محمد عاطف غيث، قاموس علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص110.

(3) تاني حسن عبد الحميد الكيال، الثقافة والثقافات الفرعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص30.

(4) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص105.

(5) إحسان علي محاسنة، مرجع سابق، ص71.

(6) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص169.

ممارسات صحية تصدر من طرف المرضى إزاء المرض، الصحة، الوقاية والسبل العلاجية. فمدى إدراك الفرد بذه المخاطر وتلك الأضرار التي تواجهه يساعد كثيرا في الوقاية.

ويمكن القول أن الشخص المريض بداء السكري، الضغط الدموي أو القلب لو أدرك المخاطر وأضرارها لأمكنه من تتبع تعليمات الوقاية والعلاج الكفيل لحماية صحته، ويكون ذلك بفضل تنفيذ التعليمات الوقائية والإرشادات الطبية التي يقدمها الطبيب. وبالتالي توفر له القسط الوافر من الثقافة الصحية وتجعله يراقب صحته، يتفقد تطور الحالة المرضية ويعيش في سعادة وهناء أي يتمتع بالصحة الطبيعية.

7- التثقيف الصحي: قبل الخوض في مفهوم التثقيف الصحي لا بد من التطرق إلى مفهوم التثقيف الذي هو في الحقيقة كلمة مشتقة من ثقافة وهو تثقف، ويعني " العملية التي يكتسب الفرد أو الجماعة عن طريق خصائص ثقافة أخرى من خلال التفاعل والإتصال المباشر أو هي إكتساب الثقافة بالمشاركة والإتصال (...) تشبه عملية التثقف من وجهة نظر الفرد التعلم الإجتماعي أو التنشئة الإجتماعية ".[1]

وعليه فإن التثقيف الصحي هو "مجموعة الخبرات التي تؤثر في عادات وإتجاهات ومعارف الأفراد وحتى يمكن للمختصين في برامج التثقيف الصحي توصيل هذه الخبرات للأفراد في التمع فمن الضروري أن نجعلهم يشعرون بالحاجات الصحية ومشاكل التمع ومن المهم أيضا لنجاح البرامج الصحية التثقيفية يجب أن نضع أيضا في الإعتبارات عادات وإتجاهات الأفراد في التمع".[2] فهذا المفهوم* هو بمثابة منهج تعليمي[3] يهدف إلى رفع مستوى صحة الفرد، العائلة والتمع خاصة المستوى الصحي لأي بلد كان، لأن هذا الأخير غالبا ما يقاس بالمستوى الثقافي والنضج الإجتماعي لأفراد التمع.

8- الوعي الصحي: فكلمة وعي تدل على "إدراك الفرد لنفسه، وللبيئة المحيطة به، وهو على درجات من الوضوح والتعقيد، والوعي بذا المعنى يتضمن إدراك الفرد لنفسه ولوظائفه العقلية والجسمية وإدراكه لخصائص العالم الخارجي وأخيرا إدراكه لنفسه بإعتباره عضو في جماعة".[4] والوعي في الأصل لغة يقصد به "الحفظ والتعلم فوعي الحديث يعيه وعيا أو حفظه، وأذن واعية أي مدركة وصاغية".[5] وفي هذا السياق يرى عالم الإجتماع "جورج ميد G.H.Mead" بأن الوعي "ينشأ نتيجة الفعل الإجتماعي، إذ تمكن عملية

(1) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص543.

(2) حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الإجتماعي والأمراض المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، 1966، ص ص 47-48.

* للتوضيح أكثر سنعالج هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل الرابع المبحث الثاني التربية الصحية.

(3) أحمد حلمي شاهين، محمد كمال عبد الرزاق وآخرون، مبادئ التثقيف الصحي والخدمات الإجتماعية، وزارة الصحة العمومية، مصلحة الصحة الإجتماعية، قسم رعاية الأمومة والطفولة، البلد غير مذكور، السنة غير مذكورة، ص153.

(4) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص644.

(5)عبد الرحمان عيسوي،علم النفس الأسري، وفقا للتصور الإسلامي والعلمي،دار النهضة العربية للطباعة والنشر،بيروت، 1993، ص145.

التواصل من أن يعي الفرد لا غيره فقط أي الآخر. وأن إستدخال الآخر على هذا النحو لهو شرط ضروري في قيام الوعي، الذات تصبح موضوعا لذاتا".[1]

ففي معجم العلوم الإجتماعية للمؤلفين "ناتاليا يفريموفا وتوفيق سلوم" فإن "الوعي يدل على قدرة الإنسان على التمثل المثالي للواقع في الفكر، وتذهب الماركسية إلى أن الوعي صفة للمادة الرفيعة التنظيم، وأنه صورة ذاتية للعالم الموضوعي، وأنه مثالي في مقابل المادي وبالإتحاد معه، وبالمعنى الضيق يدل اللفظ على الصيغة العليا من النشاط النفسي لدى الإنسان الإجتماعي المتطور، والمرتبطة باللغة، ويتجلى في شكلين شخصي وإجتماعي".[2] أما الوعي الصحي فهو إلمام الأفراد بالمعلومات الصحية والحقائق وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، أي إدراكهم للمخاطر الصحية بمجرد الشعور با. وقد يشمل هذا الوعي كل حياة الإنسان طفلا، مراهقا، شابا وكهلا أوشيخا. وفي نفس الصدد فإن تقدم الدول يرتبط أساسا بالنضج الإجتماعي والوعي الصحي الذي يتمتع به السكان.

9- **السلوك الصحي**: قبل التطرق إلى تعريف مفهوم السلوك الصحي لا بد من تعريف معنى السلوك بشكل عام، والذي يعرف في معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية على أنه "أي فعل يستجيب به الكائن الحي برمته لموقف ما إستجابة واضحة للعيان وتكون عضلية أو عقلية أو هما معا وتترتب هذه الإستجابة على تجربته السابقة، وقد يستخدم لفظ السلوك للدلالة على هذه الإستجابة الظاهرة على العمليات الداخلية فيميز بين السلوك الصريح أو الظاهر والسلوك المستمر (...) ويطلق على السلوك مسلك أو سلوك موجه عندما يتخذ السلوك صفة خلفية أو يتسم بالتوجيه. وقد يكون السلوك فطريا وهو السلوك المشترك بين جميع أفراد النوع كما قد يكون مكتسبا وهو خاص بالفرد ولا يشمل حتما جميع أفراد النوع الواحد".[3] وأيضا هو "أي تغيير في مستوى نشاط الفرد يتم ردا على تنبيهات مباشرة أو غير مباشرة واردة من بيئته".[4] وبتعبير آخر هو "كل ما يصدر عن العضوية من إستجابات (ردود أفعال) للمثيرات بإختلاف مصدرها داخليا أو خارجيا".[5]

أما السلوك الصحي فهو "الطريقة التي يدرك با الإنسان بعض الآلام الأولى للمرض، ويتعرف على التعب وعلى أية علامة أخرى للإعتلال الوظيفي للجسم، ويقيمها، ويتصرف حيالها". [6] أي أنه كل رد فعل إتجاه الصحة، العلاج ونوعية الممارسات الصحية التي يمارسها المرضى، حيث أن هذا السلوك يخضع للتغيير

(1) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص645.

(2) ناتاليا يفريموفا، توفيق سلوم،معجم العلوم الإجتماعية، مصطلحات وأعلام،روسي، إنجليزي، عربي، موسكو، بيروت، 1992، ص403.

(3) أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، عربي، إنجليزي، فرنسي، مكتبة لبنان، بيروت، 1977، ص37.

(4) إبراهيم مدكور، مرجع سابق، ص317.

(5) جمال مثقال القاسم، علم النفس التربوي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000، ص14.

(6) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996، ص 301.

النوعي والكمي. فالسلوك المرضي "يتكون من مجموعة طرق يستطيع بها المريض أن يفهم أعراض مرضه ويقيمه ويقرر على أساسه نوع المساعدة التي يتطلبها، ولكن السلـوك المرضي يمكن أو لا يمكن أن يقود إلى سلوك البحث عن المساعدة. فسلوك البحث عن المساعدة يحدث في شعور الإنسـان بأعراض المرض".[1]

وتعتبر الثقافة الصحية الموجه الأساسي للسلوك الصحي الناتج عن التفاعل المنظم بين المعلم والمتعلم وهو أمر ضروري للنمو المعرفي على نحو تام.

10- الطب الشعبي: يقصد بالطب الشعبي كل الأفكار التقليدية التي تعتمد على علاج المرض بطرق تقليدية بعيدة كل البعد عن العلاج الرسمي المعروف بالطب الحديث. وفي هذا الصدد عرف "دون يودر " في كتاب الصحة والمرض وجهة نظر علم الإجتماع والأنثروبولوجيا الصادر من طرف المؤلفين كل من سعاد عثمان ونجوى عبد الحميد سواس وفوزي عبد الرحمان، الطب الشعبي على أنه "جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض، ومعالجته بصرف النظر عن النسق الطبي الحديث".[2] ومن واقع آخر فإن الطب الشعبي كان يمثل البدايات الأولى لمحاولة الإنسان علاج مرضه والتخفيف من آلامه.

وإستنادا على ما سبق ذكره يمكن التطرق للطب الشعبي من خلال جزأين هما:

- الطب الشعبي الواقعي: والذي يعتمد أساسا على إستخدام أشياء طبيعية كالنباتات للتخلص من المرض، حيث أن هذا النوع من الطب يشمل "البرء من المرض أو تخفيف حدته ... ويركز هذا النوع في توجيه الإنسان إلى نباتات الأرض ومكوناتا علها تكون بلسما شافيا له".[3] ويرتكز هذا النوع من الطب الشعبي على التعامل مع الواقع واللجوء إلى الطبيعة بإستخدام نباتات طبيعية. فهو ثقافة فرعية تقليدية متواصلة عبر الأجيال. وفي هذا الصدد الدكتور "حسان حتحوت" يشير إلى "أن الواحد منا لتناول الجرعة من الدواء فيحسبها بنت اليوم أو الأمس غير منتبه ولا عابيء بأنا حصاد تجربة إنسانية إمتدت عشرات الألوف من السنين".[4]

- الطب الشعبي المعتمد على الشعوذة والغيبيات: وبالنسبة للنوع الثاني من الطب الشعبي نجد الطب الذي يعتمد على الشعوذة والغيبيات ما وراء الطبيعة. وفي هذا الصدد "الطب الشعبي السحري أو الغامض

---

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 163.

(2) سعاد عثمان، نجوى عبد الحميد سواس، فوزي عبد الرحمان، الصحة والمرض وجهة نظر علم الإجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1999، ص29.

(3) (4) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص109.

يقوم على ثقافة تستخدم التعاويذ والشعوذة وتتضمن نظرة للعالم أكثر تعقيدا وقبل علمية".[1] فقد عرف العرب الطب الشعبي منذ القرون الأولى.

11- الممارسات الصحية العلاجية: إن كلمة ممارسة تعني إستخدام لبعض الأشياء أو القيام بأفعال إتجاه شيء معين.

أما الممارسات الصحية فيمكن تناولها من خلال قسمين أو نوعين:

- **الممارسات ذات الطبيعة السحرية**: والتي ينصب مضمونا حول إستخدام وسائل سحرية كالتعاويذ، الأحجبة والشعوذة لعلاج المرض وإخراج الأرواح الشريرة من جسم الإنسان، حيث كان يعتقد بأن المرض هو روح شريرة تسكن في جسم الإنسان، وبالتالي علاجها يكون بذه الوسيلة ألا وهي الطريقة السحرية.

كما يمكن إستخدام في هذه الحالة الرقية والحجامة كما هي منتشرة في وقتنا الحالي، حيث تستخدم هذه الوسيلة كممارسة، وغالبا ما تتم على يد مختص في هذا الميدان نظرا لصعوبة إستخدامها في بعض الدول عكس الجزائر.

- الممارسات الصحية العلاجية المعتمدة على المواد الطبيعية: وقد يتضمن إستخدامها لبعض المواد كالأعشاب الطبية أو نباتات أو مواد حيوانية أو طبيعية...الخ. وتتم هذه الممارسات على يد الأفراد نفسهم، فهي لا تحتاج إلى مختص في هذا المال نظرا لسهولة إستعمالها، وغالبا ما تستخدم في البيوت.

إن المفهوم الإجرائي للممارسات الصحية في هذه الدراسة يشمل النوعين معا من الممارسات العلاجية سواء كانت ممارسات ذات طبيعة سحرية أو الرقية والحجامة أو إستعمال الأعشاب الطبية والنباتات الطبيعية.

12- **المستوى المعيشـي** : يعرف المستوى المعيشي من طرف إبراهيم مذكور في معجم العلوم الإجتماعية على أنه "ظروف المعيشة التي تتوفر فيها شروط معيشية متفق عليها كحد أدنى للتغذية أو للأجور أو للتعليم، ويتوقف مستوى المعيشة على أنواع السلع الإستهلاكية وكمياتا وظروف العمل وأوقات الفراغ ". [2]

وإنطلاقا من هذا التعريف فإن المفهوم الإجرائي للمستوى المعيشي في هذه الدراسة إنصب فقط في المستوى المادي للمريض وبالتحديد الدخل الشهري الأسري بإعتباره أساس الحياة. فهو ينعكس بالسلب أو الإيجاب على مقدار السلع الإستهلاكية أو التغذية وعلى مدى إتاحة نفقات العلاج.

13- **الأسـرة** : إن الأسرة كمفهوم سوسيولوجي يطلق على كل جماعة يربط أفرادها بعضهم ببعض رابطة قرابة. فهي ظاهرة إجتماعية لابيولوجية تكونت عن حقوق وواجبات لا عن مجرد تلاق وإختلاط

---

(4) نفس المرجع، ص110.

(2) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص 543.

وليس من السهل فصل البيولوجي من الإجتماعي في هذه الحالة. [1] فللأسرة عدة أنواع أهمها الأنواع المعروفة وهي الأسرة النووية والأسرة الممتدة .

إن المفهوم الإجرائي للأسرة هي البيئة الإجتماعية الصغيرة التي تحيط بالمريض، وهي أسرة المبحوث، مهما كان نوعها، سواء كانت أسرة نووية تتكون من الزوج، الزوجة و الأولاد، أو أسرة ممتدة تتكون من الأجداد، الآباء و الأبناء .

والأسرة كخلية إجتماعية تسودها تفاعلات إجتماعية وعلاقات متفاعلة بين أفرادها وهي روابط إجتماعية. فالتضامن يعتبر السمة الأساسية للأسرة، والذي أصبح يتلاشى، بسبب عوامل التغير الإجتماعي التي أثرت على بنية الأسرة وتحولت بشكل سريع من أسرة ممتدة إلى أسرة نووية مما إنعكس ذلك سلبا على تقديمها للرعاية الصحية لمريضها. فرعايته إتجهت إلى مؤسسات أكثر تخصصا ألا وهي المستشفى. فوظيفة الأسرة في هذه الحالة تقلصت نوعا ما، مع ظهور نوع من تفكك الروابط الأسرية.

وبالرغم من ذلك، فإن من حقوق المريض الإستفادة من الرعاية والعناية من طرف أشخاص في أسرته لتخطيه المرض والإمتثال للشفاء وخروجه من دور المريض، حيث أنه غير مسئول عن مرضه وليس بإستطاعته الشفاء دون مساعدة الغير. وتتمثل هذه المساعدة في الإلتزامات الأسرية التي تتقيد بها الأسرة إتجاه مريضها. وذلك من خلال شبكة الدعم الإجتماعي التي يتلقاها، التكفل المعرفي، المادي والمعنوي. وهذا لمساعدته في تسييره لمرضه المزمن، لأن المصابين بالأمراض المزمنة لا يتمتعون بصحة كبقية أفراد المجتمع، وإنما يتمتعون بصحة طبيعية نظرا لتعود جسمهم على الأدوية اليومية.

المطلب الرابع: تحديد مجتمع البحث:

إن تحديد مجتمع البحث من أهم الخطوات الأساسية لإجراء البحث الميداني، حيث يتميز إختيار مفردات العينة وإستجوابهم إنطلاقا من مقياس التمثيل والمرتبط بحجم العينة. وعليه فإن دراسة موضوع الثقافة الصحية لدى المريض في الجزائر من الموضوعات الأكثر تعقيدا، تندرج ضمن المنهج الأنثروبولوجي الذي يتطلب معايشة يومية مع المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي والقلب، حيث يفرض على الباحث إتباع عدة طرق وأساليب منهجية تتمثل في الملاحظة بالمشاركة والإتصال المباشر بالمبحوثين في مساكنهم وبإستمرار للتعرف على الممارسات الصحية ومواقفهم. وأيضا مدى تطبيقهم لنصائح وتعليمات الطبيب ومحاولة تغييرهم لنمط حياتهم من الأسوأ إلى الأحسن. وبسبب وجود عدة عراقيل تقف كعائق أمام تحقيق الهدف المذكور سابقا إكتفينا بالإتصال المباشر مع المرضى في المستشفى الجامعي بني مسوس أثناء الإنتظار في قاعة الفحص، وذلك لإجراء الدراسة الميدانية.

---

(1) نفس المرجع، ص38.

ونظرا لصعوبة إستجواب جميع المصابين بداء السكري، الضغط الدموي والقلب في الجزائر لجأنا إلى طريقة المعاينة، التي تعتبر بمثابة العمود الفقري للدراسة الميدانية، وذلك عن طريق تحديد مجتمع البحث الذي يعرفه "موريس أنجي Maurice Angers" بأنه "مجموعة من العناصر التي تحمل خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر والتي يجرى عليها البحث"[1]. وإنطلاقا من ذلك، فإن طريقة المعاينة هي أحسن أسلوب منهجي لإختيار مفردات العينة وجمع البيانات في حالة التمع الإحصائي الكبير الحجم، لأنه يستحيل الأخذ والإلمام بكل مفرداته أو وحداته. لذا يلجأ الباحث إلى أخذ مجموعة من هذا التمع تعرف بالعينة وهي عبارة عن جزء مطابق ومثل للمجتمع الأصلي ويشترك معه في الخصائص. فطبيعة موضوعنا فرضت علينا إختيار نوع معين من العينات ألا وهو العينة العمدية أو القصدية والتي يتم إختيار مفرداتا "على أساس تقدير وحكم الباحث، لأن الحالات التي يختارها قد تفي بغرض البحث، لذلك يطلق على هذا النموذج من نماذج العينة غير الإحتمالية إسم العينة العرضية أو العمدية، لأن الباحث يقصد أو يتعمد إختيار مفردات البحث"[2]. وعلى ذلك فإن هذه العينة تكون غير إحتمالية وغير تمثيلية تستجيب لطبيعة الموضوع وتفتقر لقاعدة إحتمالية، فهذا النوع يطبق إذا كانت جميع مفردات البحث غير معروفة. وهذا ما وضحه "موريس أنجي Maurice Angers" في تعريفه للعينة القصدية حيث يقول "إنا عينات غير إحتمالية تحتوي على ضيق في إنتقاء العناصر، ولا توجد أية وسيلة لإستخراج العينة.....لا تعرف المفردات الملغاة من العينة"[3]. وهذا النوع من العينات يكون غير تمثيلي وإختياره يكون بطريقة "لا تعطي جميع وحدات السكان أو مجتمع البحث فرصة متساوية للإختيار".[4] فطبقا لهذا، فإن إختيار نوع معين من أنواع العينات يكون وفقا لشروط وأساليب منهجية يحددها البحث، وذلك تماشيا مع الإمكانيات المادية، الزمنية وحتى طبيعة الموضوع وصعوبة تحديد مجتمع البحث بسبب الجهل الكلي لعدد المرضى. وهذا ما فرض علينا إختيار نوع مناسب من أنواع العينات التي إستخدمناها كضرورة حتمية من أجل التكيف مع طبيعة مجتمع البحث.

إستنادا على ما سبق ذكره، فإن مجتمع بحثنا تمثل في المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (داء السكري، ضغط الدم والقلب) والذين يعالجون بالمستشفى الجامعي بني مسوس بمصلحة الطب الداخلي ومصلحة أمراض القلب، حيث أن مصلحة الطب الداخلي لا تشرف فقط على المرضى المصابين بداء السكري وإنما تشرف أيضا على عدة أمراض باطنية منها سوء التغذية، أمراض الكبد، الكولون....الخ، وهذا ما فرض علينا لزاما إستعمال عينة قصدية نظرا لصعوبة التعرف على مرضى داء السكري في هذه المصلحة عكس

(1) Maurice Angers, Initiation pratique a la Méthodologie des sciences humaines, Casbah université, Alger, 1997, P226.

(2) طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الإجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1995، ص69.

(3) Maurice Angers, Op cit, PP236-237.

(4) إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1981، ص52.

مصلحة أمراض القلب. وأن دراسة الملفات بمصلحة الطب الداخلي للتعرف على عدد المصابين بداء السكري من أهم الصعوبات التي واجهتنا، حيث تكتنفها عدة ثغرات ولا يمكن التنقيب فيها بالرغم من توفر رخصة للبحث. وبالتالي لجأنا إلى العينة القصدية لتفادي المشاكل في المصلحة، وكنا نتبع منهج معين لتحديد مفردات أو وحدات العينة. فدائما نطرح سؤال على المريض بعد بناء علاقة صداقة معه، والسؤال هو هل أنت مريض بداء السكري أو ضغط الدم أو القلب. فإذا كان جوابه نعم نستأذنه لإجراء إستمارة المقابلة معه. ونفس المنهج إتبعناه في مصلحة القلب نطرح عليه السؤال هل أنت مريض بمرض القلب؟ إذا كان الجواب نعم نستأذنه بعد التعريف بويتنا ونبدأ الحديث معه.

وقد شملت العينة 300 مريض حسب طريقة العينة القصدية، حيث كانت تمثل المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي والقلب. وتم الإستعانة بكل المرضى المترددين على مصلحة الطب الداخلي ومصلحة القلب، حيث إستبعد 30 مريض بسبب الرفض، عدم التجاوب والتعاون معنا، سوء الحالة الصحية للبعض منهم، نرفزة البعض الآخر، دخول بعض الحالات إلى قاعة الكشف وأخيرا غياب بعض المرضى عن الموعد الطبي.

إن مصلحة الطب الداخلي وأمراض القلب تستقبل عدد كبير من المرضى بسبب توفرها على كفاءات مهنية ووسائل متطورة، حيث إنتهجنا منهجا معينا في العلاج كباقي المصالح الأخرى، وهذا ما صادفناه أثناء قيامنا بالبحث الميداني. إذ أن كل مصلحة تعتمد على نظام معين. وعليه يمكن إبراز أهم الخصائص التي يتميز با مجتمع بحثنا هي:

- خاصية مدة الموعد الطبي: إن مرض السكر، ضغط الدم والقلب من الأمراض المزمنة الطويلة المدى، حيث أن علاجها يدوم مدى الحياة. وعليه يحدد الموعد الطبي في هذين المصلحتين بـ 3 أشهر بالنسبة للمرضى الجدد والمرضى الذين حالتهم الصحية جد متدهورة. و 6 أشهر بالنسبة للمرضى غير الجدد والذين حالتهم لا تستدعي ذلك. فهذا العنصر ساعدنا كثيرا وأعطى لنا الفرصة لعدم تكرار الحالة، حيث كنا حريصين في هذا المال، وفي حالة الشك نطرح على المريض سؤال هو: هل قمنا بإجراء إستجواب معك، "هل عمرتلك ورقة كيما هذه".

وقد يتوافد المرضى إلى المصلحتين حسب المواعيد الطبية، فإن المريض الذي كان له موعد طبي سيكون له موعد طبي بعد 6 أشهر أو 3 أشهر. وعلى إثر ذلك، فإن مدة بحثنا الميداني التي جرت من فيفري إلى جوان سمحت لنا بإستجواب عدد كبير من المرضى في مصلحة الطب الداخلي.

أما مصلحة القلب، فإن يوم الثلاثاء كان اليوم الذي يستقبل عدد كبير من المرضى في الإستشارة الطبية. وبالنسبة لباقي الأيام، فقد كانت تخصص لإجراء التحاليل الطبية في المصلحة وإجراء الأشعة الطبية على القلب وإعطاء نتائج التحاليل.

- خاصية المصلحة: إن مصلحة الطب الداخلي لا تخصص فقط لعلاج مرضى داء السكري وضغط الدم وإنما تتم أيضا بالإشراف على أمراض أخرى مثل الحنجرة، المعدة، الأمعاء...الخ. فهذه المصلحة تنقسم إلى قسمين، قسم خاص بمكوث المرضى بالمستشفى. والقسم الثاني مخصص لإجراء الفحوصات الدورية، الإستشارات الطبية، التحاليل والأشعة. ونجد أن نفس الأطباء الذين يشرفون على قسم مكوث المرضى يشرفون على الإستشارات الطبية.

وفيما يخص مصلحة القلب، فإنا تتم أيضا بأمراض القلب وتصلب الشرايين وضغط الدم. وتنقسم إلى 3 أقسام، قسم الإستعجالات الطبية، وبه يتم إستقبال الحالات الإستعجالية ومكوث البعض منهم في المصلحة المهزة بأحدث الوسائل. وقسم إجراء الفحوصات الدورية والإستشارات الطبية. وأخيرا قسم خاص بمكوث المرضى المصابين بالأمراض القلبية.

المطلب الخامس: منهـج الدراسـة:

يتطلب البحث العلمي إستخدام منهج معين يتخذه الباحث نبراسا يهتدي به للوصول إلى هدفه المنشود في جميع ميادين المعرفة خاصة في العلوم الإجتماعية التي تقتضي المهارة لمعرفة أسباب الظواهر وأصولها. وإنطلاقا من ذلك، فإن كل دراسة علمية تستوجب تحديد الأسس المنهجية قبل الشروع في البحث الميداني، وذلك عن طريق وضع خطة منهجية تحدد أبعاد الموضوع، مختلف جوانبه والمناهج المناسبة التي تحدد أهم التقنيات لجمع البيانات وتحليلها. وعليه فإن المنهج هو "مجموعة من القواعد التي يتم وضعها قصد الوصول إلى الحقيقة في العلم".[1] فالباحث موريس أنجي Maurice Angers يرى بأن المنهج هو "طريقة لتناول موضوع بحث بإتباع وسائل بحثه بالقرب من مجتمع معين".[2] أي هو "الطريقة أو الخطة التي يرسمها الباحث لحل مشكلة البحث ويكون التساؤل الذي يفرض نفسه عليه في هذا الصدد هو: كيف يمكن حل هذه المشكلة؟ ومن الواضح أن المنهج بذا المعنى هو الذي يميز نوع البحث".[3] إذا هو الطريقة الموضوعية التي يتبعها الباحث في دراسته لتفسير ظاهرة معين، تشخيص أسبابا ووصفها وصفا دقيقا، أي أنه يسمح لنا بدراسة طرق السلوك الإنساني وتفكيره. وهذا ما أبرزه عبد القادر محمود رضوان، حيث يرى بأن المنهج يمثل فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار يتبعها الباحث في موضوع دراسته.[4] ونظرا لإختلاف المواضيع وتشعبها تتعدد مناهج البحوث الإجتماعية، لأن لكل منهج خصائص ووظائف تميزه عن غيره، وذلك بإختلاف المواضيع والأهداف المرجوة من الدراسة وطبيعة الموضوعات. وهذا ما يؤكده

---

(1) بوحوش عمار، الذنيبات محمد محمود،مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر، 1995، ص89.
(2) Maurice Angers, Op cit, P65.
(3) محمد عاطف غيث، محمد علي محمد، محاضرات في طرق البحث الإجتماعي، مكتب كزيدية إخوان، بيروت، 1976، ص34.
(4 عبد القادر محمود رضوان،سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر،1990، ص50.

علياء شكري، محمد علي محمد وآخرون. إذ أن "المناهج تختلف بإختلاف مشكلة البحث وبإختلاف الأهداف العامة والنوعية التي يستهدف البحث تحقيقها".[1]

وإستنادا على ما سبق ذكره، فإن طبيعة دراستنا إتسمت بالتنوع والثراء، وعليه فإن هذا الطابع إستلزم علينا منهجية معينة تساعد على كفاءة التناول الأمبريقي لواقع الثقافة الصحية كما هو محدد في الإشكالية، وعلى ضوء ذلك فإن أهم المناهج المناسبة لهذه الدراسة هي:

1- **المنهج الكمي**: إن المنهج الكمي هو "مجموعة من الإجراءات المستعملة لقياس الظواهر، فمعظم الأبحاث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس وذلك عندما يتعلق الأمر بإستخدام المؤشرات، المعدلات والمتوسطات، أي عموما الأدوات الإحصائية".[2] وقد تم إدراج المنهج الكمي في هذه الدراسة إنطلاقا من المنهج الإحصائي الذي هو "مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا من أجل إظهار توضيح الإستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة".[3] فهذه الدراسة التي نحن بصدد القيام با تعد واحدة من الدراسات التي تدخل ضمن نطاق علم الإجتماع الطبي، من حيث إهتمامها بالثقافة الصحية وأهم الممارسات الصحية المتبعة في مجال العلاج والإسعاف من طرف المريض وحتى مفهومه للصحة والمرض.

وقد تم إستخدام المنهج الكمي، بإعتباره أكثر المناهج ملائمة لهدف البحث والتساؤلات المطروحة في الإشكالية، وذلك من خلال الإعتماد على أدواته وأساليبه المنهجية، حيث تم جمع البيانات الإحصائية من الهيئات المختصة في الصحة كالمنظمة العالمية للصحة، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المعهد الوطني للصحة العمومية، الفدرالية الوطنية لمرضى داء السكري والديوان الوطني للإحصائيات. وأيضا الإستفادة من تقنيات التحليل الإحصائي كتطبيق إستمارة المقابلة مع المرضى كتقنية لجمع البيانات من الميدان، ثم تبويب وترتيب البيانات، بعد ذلك تمثيلها إحصائيا في شكل أشكال وأعمدة بيانية، وفي آخر المطاف تحليل البيانات وتلخيصها، حيث وظفنا المقاييس الإحصائية التي تعطي صبغة معينة حول الظاهرة لإبراز ووصف الظاهرة ومكونات عينة الدراسة ونسبتها إلى المجتمع الأصلي دون التدخل في معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين أسباب المشكلة المدروسة ونتائجها أم لا . وتمثلت هذه الآلية في مراحل المنهج الإحصائي الأولي مثل النسب المئوية ومقاييس النزعة المركزية كالمتوسط الحسابي. وهذا كله من أجل توضيح الظاهرة أكثر . وفي آخر المطاف تم تحليل البيانات رياضيا لإستخراج العلاقات السببية بين الظواهر والمتغيرات بإستخدام الآلية الإحصائية التي تظهر من خلال الإستنتاجات التي تنطوي على إستخلاص نتائج مبنية على المعلومات التي حصلنا عليها من عينة البحث مشخصين أسباب وجود المشكلة وعلاقة نتائجها

---

(1) علياء شكري، محمد علي محمد، محمد الجوهري، قراءات معاصرة في علم الإجتماع، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة، 1979، ص250.

(2) Maurice Angers, Op cit, P60.

(3) عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994، ص24.

بأسباب حدوثها وعمق علاقتها بالأسباب. وقد حددت مدى وجود علاقة بين المتغيرات من خلال المقاييس الإحصائية كمعاملات الإرتباط مثل معامل التوافق، معامل الإقتران وإختبار كا[2].

2- **المنهج الوصفي**: تطلب إنجاز هذه الدراسة توظيف المنهج الوصفي من خلال وسائله المتنوعة، والذي يهدف إلى "دراسة ووصف خصائص وأبعاد ظاهرة من الظواهر في إطار معين أو وضع معين يتم من خلالها تجميع البيانات والمعلومات اللازمة عن هذه الظاهرة وتنظيم هذه البيانات وتحليلها للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي إستخلاص النتائج".[1] وفي هذا الإطار ظهرت مؤشرات هذا المنهج من خلال الملاحظة والمقابلة، ثم وصف، تفسير وتحليل ظاهرة الثقافة الصحية في الجزائر وأهم معوقاتها. وهذا بعد جمع المعلومات والبيانات اللازمة من الميدان. فهذا المنهج يتيح للباحث الإقتراب من الواقع وكشف أبعاد الظاهرة المدروسة، حيث أن بقاءنا لفترات كافية بين المرضى كشف لنا عن بعض الحقائق ومعرفة عاداتم من خلال ملاحظة أفعالهم وسلوكاتم.

المطلب السادس: تقنيات جمع البيانات وتحليلها:

تحقيقا للهدف المرجو من هذه الدراسة وهو التعرف على الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بداء السكري، ضغط الدم والقلب تم الإستعانة بمجموعة من التقنيات لجمع البيانات وتحليلها، والتي تتماشى مع هدف البحث والمناهج المختارة.

1- **تقنيات جمع البيانات:** إن مرحلة تحديد البيانات المناسبة للدراسة تفرض على الباحث إختيار أنسب وأجود تقنية لجمع هذه البيانات، حيث أن هذه التقنيات تكون غير جاهزة لذا يستوجب تصميمها تصميما يتناسب مع موضوع الدراسة وهدفها. فبعد تحديد الإشكالية، الفرضيات وأهم مفاهيم ومصطلحات الدراسة تأتي أهم خطوة منهجية في البحث ألا وهي مرحلة جمع البيانات وأهم الأدوات المستخدمة، حيث تعد هذه المرحلة مرحلة هامة وأساسية في البحث العلمي، لأن دقة نتائجه ترتبط بمهارة وقدرة الباحث على الحصول على بيانات لازمة للدراسة التي لها صلة مباشرة مع أهداف البحث. وفي هذا المال يرى المؤلف حسين عبد الحميد أحمد رشوان أن الأداة هي "الوسيلة التي يلجأ إليها الباحث للحصول على الحقائق والمعلومات والبيانات التي يتطلبها البحث".[2] أما بالنسبة "لمادلان قرافيتس Madeleine Grawitz"، فإن "التقنية هي مثل المنهج، إجابة ل "كيف"؟ هي وسيلة بلوغ الهدف، لكن الذي يكون يحدد على مستوى الأفعال أو المراحل الميدانية".[3]

---

(1) عبد القادر محمود رضوان، مرجع سابق، ص57.

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، أصول البحث العلمي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003، ص115.

(3) Madeleine Grawitz, Méthodes des sciences sociales, Editions Dalloz, Paris, 10 édition, 1996, P318.

إن كل بحث يتطلب وسائل وأدوات لجمع البيانات، حيث أن عملية إختيار التقنيات والوسائل مرتبطة إلى حد كبير بالهدف الذي يسعى الباحث الوصول إلى تحقيقه وكذلك بالمنهج المستخدم. وعليه فإن أهم تقنيات جمع البيانات المستخدمة في هذه الدراسة تمثلت أساسا في إستمارة المقابلة مع المرضى، تقنية المقابلة مع الأطباء وأخيرا تقنية الملاحظة بالمشاركة والتي جرت أثناء الإستشارة الطبية بين الطبيب والمريض، حيث أن هذه التقنيات البعض منها تقنيات أساسية والبعض الآخر تقنيات ثانوية. والغرض الأساسي من وراء إستعمالها هو إثراء البحث ومحاولة إختبار فرضيات الدراسة، إذ أن هذه التقنيات تتناسب مع طبيعة موضوع البحث والمنهج.

1-1- **إستمـارة المقابلـة**: تعتبر إستمارة المقابلة تقنية أساسية في هذه الدراسة، لأنا أنسب تقنيات جمع البيانات، وهي بدورها تتماشى مع المنهج الكمي. فحسب "موريس أنجي Maurice Angers" إستمارة المقابلة هي "قائمة من الأسئلة مقامة على أساس طرح شفوي للأسئلة توجه من طرف الباحث وتدوين الأجوبة مباشرة في الإستمارة، وهذا يتطلب وقت طويل وتدخل الباحث في كل مرة بالإنتقال من سؤال إلى سؤال آخر".[1] فالباحث يقوم بنفسه بذه العملية بتطبيق هذا النموذج على المبحوثين في حالات معينة تفرضها خصائص مجتمع الدراسة، إذ يقوم بمقابلة كل مبحوث على حدا.[2] فالأسئلة توجه من طرفه حسب ترتيبها في الإستمارة، وتسجيل الإجابات في المكان المخصص لكل سؤال.

فبعد تحديدنا لمجتمع البحث قمنا بدراسة إستطلاعية على عينـة صغيرة من المبحوثين قدر عددهـم بـ 13 مريض مصاب بداء السكري، الضغط الدموي والقلب وذلك خلال الفترة الممتدة من 05 إلى 25 فيفري 2006، حيث كانت أول خطوة للإقتراب من الميدان وإكتشافه ومحاولة إختبار وتجريب الإستمارة التي حولت في آخر المطاف إلى إستمارة المقابلة نظرا لعدة عوامل. ففي الأيام الأولى من شهر فيفري تعرفنا على المستشفى والمصالح الطبية. وبالضبط في يوم 24 فيفري 2006 حضرنا إلى مستشفى بني مسوس مصلحة القلب وأجرينا مقابلة مع الطبيبة المختصة في أمراض القلب وأوضحت لنا الكثير من الأمور الصحية وأهم العوامل المؤثرة في الثقافة الصحية. وفي يوم 25 فيفري 2006 تم تجريب إستمارة المقابلة.

لقد تم إختبار الإستمارة وتجريبها في الميدان، وقد وجدنا بعض النقائص وبعض الأسئلة لا معنى لها بالنسبة للمرضى. وبناءا على ذلك تم تعديل بعض العبارات التي كانت فيها بعض الغموض، كما تم حذف وإضافة بعض الأسئلة. وعليه فقد عدلت إستمارة المقابلة، حيث أعيد ترتيب بنودها وصياغة أسئلتها.

فهذه الدراسة الإستطلاعية سمحت لنا بالتعرف على خصائص المبحوثين وفرضت علينا إستخدام إستمارة المقابلة بدلا من الإستمارة نظرا لعدة عوامل منها أن نسبة كبيرة من المصابين بذه الأمراض المزمنة أميين ومسنين، والبعض الآخر من المستوى التعليمي الإبتدائي والمتوسط وأنم لا يجيدون الكتابة والقراءة

(1) Maurice Angers, Op cit, P148.

(2) محمد الجوهري، عبد الله الخريجي، طرق البحث الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، ط5، 1997، ص43.

يفضلون أن نقوم نحن كباحثين بطرح الأسئلة وتدوينها في الإستمارة، لذا إنتهزنا الفرصة وقمنا بطرح الأسئلة مباشرة على المرضى وملأ الإستمارات. إضافة على ذلك فإن عامل الحالة الصحية المتدهورة للمرضى فرض علينا تطبيق هذا النموذج بكل دقة وموضوعية والتحلي بالصبر. فنظرا للأسباب السالفة الذكر، فإن الإستمارة حولت إلى إستمارة المقابلة. وكان الغرض من وراء ذلك هو معرفة إتجاهات المرضى، مواقفهم وسلوكاتم في مجال الصحة والمرض وما مدى تمتعهم بالثقافة الصحية التي تترجم إلى ممارسات صحية مستحبة مطبقة في نظام حياتم الجديد. إذ أن هذه الأداة كانت ملائمة ومناسبة لهذه الدراسة، وسمحت لنا بمقابلة المرضى وجها لوجه والتعرف على الحقائق التي كنا نجهلها.

لقد طبقت هذه التقنية على أفراد العينة، بمقابلة المرضى وشرح لهم الغرض من الدراسة وبعد ذلك توجيه الأسئلة مباشرة عليهم بالأسلوب السهل، الترتيب نفسه وباللهجة واللغة الأكثر وضوحا وبساطة. وكنا نتوقف عند بعض الأسئلة لشرح وتوضيح بعض العبارات للمبحوثين والتي كانت تبدوا غامضة عند فئة قليلة منهم وهي فئة المسنين التي تعاني القلق ونقص السمع.

وإنطلاقا من الفرضيات التي تم ترجمتها إلى مؤشرات في الإستمارة، فإن إستمارة المقابلة المطبقة في هذه الدراسة تضمنت ثلاثة محاور ذات ستة وستون سؤالا متنوع، يغلب عليها طابع الأسئلة المغلقة والمفتوحة والمغلقة والمفتوحة في آن واحد. إذ تضمن المحور الأول بيانات أولية شخصية للمبحوث من خلال الجنس، السن، الحالة العائلية، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، الحالة الفردية، الدخل الشهري، نوعية المسكن، نوع المرض ومدته. أما المحور الثاني، فتمحور في البيانات الثانوية الخاصة بالثقافة الصحية للمريض. أما المحور الثالث فقد تضمن المكونات الثقافية الخاصة بالصحة. وأخيرا المحور الرابع، عالج مؤشرات حول تأثير الأسرة على الإتجاهات والممارسات الصحية للمرضى.

إن مرحلة ملأ إستمارة المقابلة، إمتدت من 27 فيفري إلى 18 جوان 2006 في كل من مصلحة الطب الداخلي ومصلحة أمراض القلب، وقد تم تطبيق إستمارة المقابلة على 300 مريض مصاب داء السكري، الضغط الدموي والقلب، وهي حالات كلها خطيرة. وذلك حسب أيام الأسبوع، السبت، الأحد، الإثنين والأربعاء وهي أيام مخصصة لمصلحة الطب الداخلي. أما يوم الثلاثاء فقد خصص لمصلحة أمراض القلب، لأن معظم الأيام الأخرى تخصص لأعمال أخرى.* على هذا الأساس تم إستجواب كل المرضى المصابين إما بداء السكري، ضغط الدم أو القلب دون إستبعاد أية حالة. وذلك بعد طلب الإذن والموافقة من المبحوث على إجراء المقابلة، وكان المكان الأكثر لإجراء البحث هو قاعة الإنتظار وفي بعض الحالات كان خارج قاعة الإنتظار في حديقة المستشفى وحتى مرافقة المريضة وهي تمشي. وهنا تجدر بنا الإشارة إلى القول

* إن مصلحة أمراض القلب بمستشفى بني مسوس با قسم خاص بعلاج هذا المرض مع الضغط الدموي يوم واحد فقط في الآسبوع للإستشارة الطبية يشرف عليها مجموعة من الأطباء. وهذا يوم الثلاثاء. والأيام الأخرى تخصص لإجراء التحاليل الطبية المتمثلة في تحليل TP نسبة تخثر الدم وأيضا إجراء الأشعة الطبية كالتخطيط القلبي.

أن بعض الحالات رفضت الإستجواب، وذلك لعدة أسباب منها سوء الحالة الصحية، عدم القدرة على الكلام. والبعض الآخر بدأ معنا إجراء إستمارة المقابلة تم رفض إستكمال الحديث، إما أن حالته لا تسمح له، عدم قدرته على الكلام أو أن دوره في الكشف قد حان، دخول الحالة إلى قاعة الكشف. وعند الخروج البعض يكمل معنا الإستجواب والبعض الآخر يرفض ذلك، لأنه مشغولا وأعمال أخرى تنتظره. ونتيجة لهذه المشاكل ألغيت عدة إستمارات منها 17 إستمارة مقابلة.

وإذا ما إتجهنا إلى الوقت المخصص لكل حالة، فقد إستغرق الوقت مع المبحوثين 15-20 دقيقة لكل حالة وحتى 30 دقيقة كحد أقصى وبعض الحالات يفوق ذلك الوقت، حيث أن بعض المرضى غالبا ما يتوقفون في كل سؤال ويحاولون سرد حياتم اليومية، الشخصية، المعيشية والمرضية وأهم المشاكل التي تواجههم في حياتم اليومية، وكان لزاما علينا التحلي بالصبر هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن إستمارة المقابلة يغلب عليها طابع الأسئلة المغلقة التي لا تتطلب التفكير كثيرا. وقد كنا في الأخير نعطي للمريض الحرية في الحديث والتكلم عن بعض الأمور التي يراها لها أهمية في ذلك وإبراز بعض المشاكل التي يتلقونا في حياتم اليومية في المستشفى، حيث كنا نسجل وندون كل الأحاديث مع المرضى. ونتيجة تواجدنا المستمر بالمستشفى مصلحة القلب ومصلحة الطب الداخلي كل أيام الأسبوع ما عدا الخميس والجمعة، إبتداءا من الساعة 8:30 إلى 14:00 زوالا ولّد ذلك ثقة وعلاقة إيجابية متبادلة مع الفريق الطبي والباحثة والمرضى والباحثة.

1-2- **المقابلـة**: إن المقابلة هي وسيلة من وسائل جمع البيانات من الميدان، وهي الأكثر إستخداما وتعتبر أداة إضافية وتكميلية للأدوات الأخرى في هذه الدراسة،. إذ أنا حسب "مادلان قرافيتس Madeleine Grawitz" هي "طريقة من طرق البحث العلمي، تعتمد على عملية الإتصال اللغوي من أجل جمع معطيات لها علاقة مع الهدف المرسوم"[1]. إذا هذه التقنية تتيح للباحث فرصة جمع بيانات غير متوقعة. وفي هذا السياق فإن الباحث يلجأ إلى هذه التقنية والمحادثة ليس للتسلية أو لتحقيق أغراض شخصية، وإنما من أجل التوصل إلى معلومات حول موضوع معين إنطلاقا من مواجهة وجها لوجه مع المبحوث وطرح الأسئلة مباشرة والتدخل من حين لآخر لإحداث نوع من الحوار، لكي لا تكون المقابلة مملة بالنسبة للمبحوث. وفي هذه الحالة هي في حد ذاتا تبادل لفظي يتم بين طرفين ويلجأ الباحث لإثارة معلومات أو آراء، حيث أن هذه التقنية تصبح "عملية من عمليات التفاعل الإجتماعي".[2] فالهدف الأساسي لها هو خلق حوار مؤسس بين الباحث والمبحوث من خلال عدة عوامل أهمها طبيعة ونوع الحوار، وإختلافه حسب درجة الحرية ومستوى العمق، ونجد أيضا الوقت المحدد للمقابلة، عدد المقابلات المبرمجة في الدراسة، وحتى عدد الباحثين القائمين بالمقابلة والمعطيات القابلة للتحليل.

(1) Madeleine Grawitz, Op cit, P742.

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص157.

وإنطلاقا مما سبق ذكره، فإن المقابلة أجريت مع عدد من أفراد النسق الطبي وبالضبط مع الأطباء المختصين في الأمراض المزمنة (داء السكري، ضغط الدم والقلب) بمستشفى بني مسوس، وكان من وراء إستخدام هذه التقنية معرفة ديناميات أدائهم ورأيهم في الثقافة الصحية وما هي نوعية المرضى المنفذين للنصائح الطبية. وأيضا تحليل العلاقات بين الأطباء والمرضى وأهم التفاعلات الناتجة بينهم في إطارها المؤسس الرسمي وغير الرسمي. وأيضا التعرف عن كيفية نشر التثقيف الصحي وما هو دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، وما هو الوقت المحدد لكل مريض وهل يوجد إتصال بينهما أم لا. وكذلك معرفة موقف الأطباء إزاء مرضاهم وما مدى التجاوب والتعاون بينهما. ولقد كان الهدف الأساسي من إستعمال هذه التقنية والتي كانت تقنية ثانوية هو التحقق من الفرضية المتعلقة حول آليات التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وتأثيرها على الوعي الصحي.

لقد شملت المقابلة 10 أسئلة مفتوحة موجهة للأطباء بالتدخل المستمر للباحثة في كل سؤال لطرحه وشرح ذلك في حالة عدم الفهم، وطبقت على 19 طبيب وطبيبة في مستشفى بني مسوس بمصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب، وذلك بتوجيه بعض الأسئلة مباشرة وفقا لبنود الدليل. ونظرا لضيق الوقت وعدم توفره لدى الأطباء شكل ذلك عائقا لنا، حيث كانت المقابلات تجرى أثناء العمل اليومي، بعد الإنتهاء من الإستشارة الطبية في مدة 20 دقيقة كحد أقصى، وهو وقت ضيق. فالبعض من الأطباء رفض تقديم لنا المساعدة نظرا لعدم إهتمامهم بالموضوع وعدم إعطائه أي أهمية والبعض الآخر عكس ذلك. وقد تم إجراء المقابلات مع الأطبـاء المختصين في أمـراض القلب، داء السكري والضغط الدمـوي إنطلاقا من تاريخ 11 جوان 2006 إلى غاية 02 جويلية 2006.

1-3- **الملاحظـة**: تعتبر الملاحظة تقنية من تقنيات جمع البيانات الإحصائية، وهي أداة رئيسية في دراسة السلوك الإنساني خاصة في المواقف التي يتعذر فيها إستخدام أدوات أخرى، أو حين يعطل إستخدام تلك الأدوات تلقائية السلوك التي تعبر عنه حقيقة شخصية الفرد. فهي حسب صلاح مصطفى الفوال "مراقبة مقصودة تستهدف رصد أية تغيرات تحدث على موضوع الملاحظة"،[1] وهذه التقنية "لا تكتفي بجمع المادة العلمية للحقائق والظواهر السطحية والمعاني الأولية فقط وإنما الغوص في الحقائق من أجل التوصل إلى المعاني البعيدة والعميقة".[2]

إضافة إلى التقنيات السابقة فإن الملاحظة إستخدمت كتقنية أو أداة ثانوية تدعيمية فقط وليست رئيسية إلى جانب إستمارة المقابلة والمقابلة، بإعتبار أن طبيعة موضوع بحثنا تحتاج إلى الدقة والتفسير الجيد لبعض المواقف والسلوكات المتعلقة بالصحة. وبطبيعة الحال مثل هذه الدراسات تحتاج إلى فترة زمنية طويلة وإلى مجموعة من الباحثين وكذلك الإندماج اليومي والكلي للباحث في جميع نشاطات وأعمال المبحوثين

(1) صلاح مصطفى الفوال، مناهج البحث في العلوم الإجتماعية، مكتبة غريب، القاهرة، 1982، ص270

(2) غازي عناية، إعداد البحث العلمي، دار الجيل، بيروت، ط1، 1992، ص57.

وحتى العيش معهم لرصد الممارسات الصحية ونمط الغذاء للمرضى السكريين، ضغط الدم والقلب، ومراقبة يومية ومستمرة في مقر سكناهم. ونظرا لصعوبة تحقيق ذلك لعدة عوامل ذاتية وموضوعية وموقفية لجأنا إلى إستخدام هذه التقنية إنطلاقا من ميدان البحث ألا وهو المستشفى مصلحة الطب الداخلي ومصلحة أمراض القلب، حيث يرى فوضيل دليو وآخرون في هذا المنوال بأن تقنية الملاحظة "تعتمد على مهارة الباحث وقدرته على تحليل العلاقات الإجتماعية وأنماط السلوك الإجتماعي المراد دراستها، حيث تمكن الباحث من إكتشاف الإرتباطات والعناصر الموجودة بين العلاقات الإجتماعية التي يمكن فهمها إلا من خلال ملاحظتها ومعايشتها".[1] فمن خلال تطبيقنا لإستمارة المقابلة مع المرضى قمنا بملاحظة تصرفاتم وسلوكاتم ومدى التجاوب مع الطبيب والممرضين في تنفيذ التعليمات الطبية والعلاقات السائدة بين أعضاء النسق الطبي والمرضى. علاوة على أن هذه الملاحظة أتاحت لنا الفرصة للتعرف على الإنتماءات الإجتماعية للمبحوثين والممارسات الشعبية العلاجية التي يعتمدون عليها. وكذلك مدى عنايتهم بصحتهم إنطلاقا من حديثهم مع المرضى الآخرين، حيث كنا متواجدين بشكل مستمر ويوميا في مستشفى بني مسوس، بالمصلحتين المذكورتين سابقا مما سمح لنا بالإندماج مع المرضى وأعوان الصحة، فإعتبرنا كأعوان الصحة وطبيبات في ذلك النسق الطبي. وهذا ما سمح لنا بملاحظة كل التصرفات والسلوكات العفوية التي يبديها المرضى.

وإستنادا على ما سبق ذكره فإن الملاحظة المستخدمة في هذا الميدان تمثلت في الملاحظة بالمشاركة والتي هي تقنية من تقنيات جمع البيانات ونوع من أنواع الملاحظة وذلك بمشاركة فعلية للباحثة في حياة الأفراد مجتمع الدراسة في المستشفى قصد رصد معلومات حول الموضوع.

لقد أتاحت لنا هذه الوسيلة إلى الوصول إلى كثير من الحقائق حول مجتمع الدراسة كما سمحت لنا الفرصة من إقامة علاقات مع المرضى والإقتراب منهم، وجمع المادة الميدانية المطلوبة، كما أن هذه الوسيلة تحقق لنا الإجابة على الكثير من التساؤلات التي تمثل هدفا للبحث، وتحقق التفاعل مع مجتمع موضوع الدراسة. وكان الهدف من وراء إستعمال هذه التقنية هو معرفة آليات التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وكيف يتم نشر الثقافة الصحية.

لقد قمنا بملاحظة بالمشاركة من خلال ملاحظة المرضى في فترات الإنتظار للكشف الطبي، فقاعة الإنتظار كانت مكانا لإجراء الملاحظة التي إستنبطنا منها عدة معلومات وحقائق خاصة بموضوعنا، تم توظيفها في البحث الميداني. وأيضا وظفت هذه التقنية إنطلاقا من حضور الإستشارات الطبية التي هي من أهم الوسائل لمعرفة نوعية الحوار والتفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض. ونظرا لصعوبة إستخدام المسجل الصوتي بالمستشفى بسبب رفض الأطباء ومنعهم من ذلك. فإننا إكتفينا بالقيام بالملاحظة أثناء الإستشارة الطبية وبالتسجيل اليدوي الفوري لمحتوى الحوار القائم بين الطرفين (طبيب –مريض) وحتى

(1) دليو فوضيل وآخرون، أسس المنهجية في العلوم الإجتماعية، منشورات جامعة منتوري، دار البحث، قسنطينة، الجزائر، 1999، ص187.

التفاعل والعلاقة بينهما. وذلك دون الكشف عن هوية الباحث للمريض. وأيضا إستخدامنا للمؤزر الأبيض كوسيلة فعالة للظن بأن الباحث عضو من أفراد النسق الطبي. فبعد إنتهائنا من إجراء إستمارة المقابلة مع الأطباء لجأنا إلى حضور الإستشارات الطبية لإستنباط منها الحقائق العلمية، وكان معظم المرضى الذين حضرنا حوارهم مع الأطباء غير المرضى الذين قمنا بإجراء إستمارة المقابلة معهم. وهذا نظرا لخاصية المواعيد الطبية والتي تحدد بثلاثة أشهر أو ستة أشهر. فالمريض الذي موعده الطبي اليوم، فإنه سيعود للزيارة الطبية بعد ثلاثة أشهر، وبالتالي غير ممكن إجراء معه إستمارة المقابلة وأيضا حضور الإستشارة الطبية معه في نفس الوقت. وعليه، فإن الملاحظة بشكل عام والملاحظة بالمشاركة بشكل خاص أتاحت لنا الفرصة لرصد التفاعلات التي تحدث في المواقف المختلفة كالتي تحدث بين المريض والطبيب أثناء الإستشارة الطبية، وبين المريض وأحد أفراد النسق الطبي، إضافة على ذلك ملاحظة المرضى خلال فترات إنتظار الكشف الطبي والتي تعكس ثراء يساعد على فهم مشاعرهم التلقائية إتجاه الخدمات الصحية وحتى نظرتم للأطباء والممرضين، وأيضا يوضح معاناتم ومشاكلهم اليومية. وهي أمور يتم الكشف عليها خاصة عند تلاقي المرضى في قاعة الإنتظار. فكل مريض يحاول إبراز ما بداخله.

لقد إستعنا بحضور الإستشارات الطبية التي سمحت لنا برصد كيف يتم التفاعل والحوار أثناء الإستشارة الطبية، وهل حقا يوجد إتصال وعلاقة بين الطبيب والمريض أو لا. فقد تم حضور الإستشارة الطبية إبتداءا من تاريخ 21 ماي 2006 إلى غاية 30 ماي 2006 بكل من مصلحتي أمراض القلب والطب الداخلي.

ويمكن القول أن التحقيق النهائي حدد مجاله الزمني من تاريخ 27 فيفري 2006 إلى 02 جويلية 2006، مدة 4 أشهر و 5 يوم، وهي الفترة التي تم فيها جمع البيانات من الميدان من خلال ملأ إستمارات المقابلة، إجراء مقابلات مع الأطباء وحضور الإستشارات الطبية.

2- **تقنيات تحليل البيانات:** بعد إنتهائنا من جمع المادة العلمية والبيانات اللازمة والضرورية من الميدان لجأنا إلى مرحلة أو خطوة هامة في البحث العلمي، وهي الوسائل المستخدمة لتحليل هذه البيانات، حيث لا يتعدى البحث وضع المادة العلمية وجمعها في فصول متناسقة فقط، وإنما تحليلها ومعرفة النتائج من خلال تحديد الإجراءات المناسبة لتحليل البيانات.

وتعتبر خطوة تحليل البيانات خطوة ضرورية في البحث العلمي، لأنا تشمل إختيارا حقيقيا لتصميم البحث الذي يتطلب أيضا من الباحث أن يتوقع حدود الإستنتاجات التي يتم إستخلاصها. فهو يقوم بتحديد كيفية تصنيف البيانات وتنظيمها في مجموعات مثل متغيرات محددة، والقيام بالتأكد من مدى وجود علاقة بين المتغيرات.

إن تقنيات تحليل البيانات تدف أساسا إلى وصف الظاهرة وصفا إحصائيا، حيث يحاول الباحث قراءة ما وراء الأرقام أي تنطيق الأرقام الصامدة، والعملية الأخيرة ليست بالأمر السهل، بل تبرز من خلالها

قدرة، مهارة الباحث، كفاءته العلمية ومدى إستيعابه للظاهرة والتحكم فيها بشكل جيد. وفي هذا الصدد يطبق الباحث على المعطيات والبيانات التي جمعت من الميدان بالمقاييس الإحصائية، وهي صيغ ومعادلات مختلفة التعقيد وتكون ملائمة مثل مقاييس النزعة المركزية ومعاملات الإرتباط، حيث "تستلزم عملية التحليل الإحصائي إتخاذ بعض القرارات من قبل الباحث عن طبيعة عمليات التحليل الإحصائي التي ينتهجها بحثه العلمي".[1]

لقد تمثلت التقنيات المستخدمة لتحليل البيانات في هذه الدراسة في النسب المئوية التي تعتبر مرحلة هامة في البحث الإجتماعي للتعرف عن مدى إنتشار الظاهرة و إستخراج العلاقات بين المتغيرات، وقد إستخدمت في جميع الجداول الإحصائية الخاصة بالجانب الميداني للبحث. وأيضا إستخدام مقاييس النزعة المركزية المتمثلة في المتوسط الحسابي الذي وظّف لإبراز مدى تمركز قيم الظاهرة، وإستهل إستخدامه لمعرفة متوسط سن المرضى المصابين بداء السكري، ضغط الدم والقلب، ومتوسط الدخل الشهري، حيث يعتبر المتوسط الحسابي من أبرز مقاييس النزعة المركزية وأكثرها إستخداما . فحسب أحمد عبادة سرحان، صلاح الدين طلبة فإن المتوسط الحسابي هو "القيمة التي لو أعطيت لكل مفردة من مفردات المجموعة لكان مجموع هذه القيم الجديدة هو نفس مجموع القيم الأصلية".[2] أما التقنية الإحصائية الأخرى التي إستخدمت في تحليل البيانات، فقد تمثلت في معاملات الإرتباط، وذلك لتحديد العلاقة بين المتغيرات للتأكد من صحة الفرضيات أو نفيها. ومن أهم هذه المعاملات إختبار كا^2 الذي يهدف إلى المقارنة بين النتائج التجريبية التي تحصلنا عليها والنتائج النظرية المتوقعة. كما إستخدم من أجل إختبار الفرضيات لتحديد العلاقة بين المتغير التابع والمستقل. والمعامل الآخر المستخدم هو معامل التوافق الذي يسمح لنا بإختبار العلاقة الموجودة بين المتغيرين. وأخيرا معامل الإقتران الذي وظف في حالة المتغيرات الكيفية أي البيانات التي هي مجرد صفات.

المطلب السابع: الدراسات السابقـة:

نحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى الدراسات السابقة المشابة نوعا ما إلى دراستنا ولو جزئيا، وعليه فإن أهم هذه الدراسات هي دراسة المدخل الأنثروبولوجي للتثقيف الصحي ودراسة دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.

الدراسة الأولى: عنوانا المدخل الأنثروبولوجي والتثقيف الصحي: دراسة ميدانية في مجتمع محلي نجع العنابدة، محافظة أسوان، مصر[3] وهو تقرير بحث ميداني كتبته الدكتورة نجوى عبد الحميد سعد الله.

إن هذه الدراسة تهدف إلى محاولة التعرف على كيفية القيام بعملية التثقيف الصحي بغرض إحداث نوع من التنمية الصحية لأفراد المجتمع وتغيير بعض إتجاهاتهم وتفسير بعض الأمراض المنتشرة في هذا المجتمع، وذلك

(1) إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص125.

(2) أحمد عبادة سرحان، صلاح الدين طلبة، مقدمة الإحصاء الإجتماعي، دار الكتب الجامعية، القاهرة، السنة غير مذكور، ص142.

(3) سعاد عثمان، نجوى عبد الحميد سواس، فوزي عبد الرحمان، مرجع سابق، ص245.

من خلال تعليمهم لبعض الممارسات الصحية المرتبطة بالنظافة الشخصية. إذ أن إشكالية الدراسة تمحورت حول الأسئلة التالية:

- ما هي الممارسات السلوكية غير الصحية الشائعة في التمع.
- إلى أي مدى تؤدي ظروف البيئة الطبيعية وعزلتها مكانيا عن القرية الأم وعن المركز الحضري إلى إنتشار ممارسات سلوكية غير صحية.
- إلى أي مدى يؤدي الإطار الثقافي والإجتماعي إلى وجود بعض الأمراض المتوطنة في التمع.
- إلى أي مدى يؤدي تأثير حرمان التمع من كافة الخدمات وإرتفاع معدل الأمية في تفسيرهم للمرض وأسلوب علاجه.

لقد إستعانة الباحثة في هذه الدراسة بالمنهج الأنثروبولوجي، وذلك من خلال الأدوات والأساليب الأنثروبولوجية مثل المعايشة، الملاحظة، المقابلة، دليل العمل الميداني، الصور الملونة، القصص المصورة، الإخباريون، الطريقة الجيولوجية ودراسة الحالة، حيث حدد ال الزمني من بداية يوليو 1988 إلى يناير 1990. وقد تم خلال هذه الفترة إجراء دراسة مسحية لجمع البيانات الخاصة بالتمع المحلي وحصر الخدمات المتوفرة به، وعمل تعداد للسكان من واقع التمع، تابع ذلك مباشرة بدأ الدراسة المتعمقة.

وعليه أسفرت النتائج على أن هناك علاقة بين السياق الثقافي والبيئي وأهم الأمراض السائدة، إذ كشفت الدراسة على وجود علاقة بين زواج الأقارب في الجيلين الثاني والثالث والرابع وبين ظهور حالات مرضية. وأيضا هناك علاقة بين زواج الرجل من أكثر من زوجة وبين إختفاء بعض الخصائص المرضية بين الأجيال اللاحقة وخاصة بين أبناء الزوجة التي لا تمثل عنصرا قرابيا هذا من جهة. ومن جهة أخرى توجد علاقة بين زواج الأقارب وبين إرتفاع نسبة الوفيات في الأطفال لدى الزوجة التي هي من جماعة قرابية عاصبة للزوج.

أما فيما يخص العوامل المتعلقة بالظروف البيئية، فإن أغلبية أفراد التمع البالغون ذكورا، إناثا، إعتادوا على قضاء الحاجة خارج المنزل اتجاه الجيب ليلا، وبداخل المنزل في زريبة الحيوانات نارا بالنسبة للإناث. وأيضا أثبتت الدراسة على إنتشار تشقيف فضلات الحيوانات أمام المنزل، نظرا لضيق المساكن من جهة. وإستعدادا لنقله للحصول من جهة أخرى، حيث لا يوجد فصل بين عالم الحيوانات وعالم الإنسان (خاصة الأطفال) داخل مرفولوجية المسكن من الحركة والعلاقة بأواني الطهي، الشرب والطعام. وفي هذا ال كشفت الملاحظة أن أعضاء الأسرة يسمحون للطيور وكل الحيوانات أن تتحرك في نفس المكان الذي يجلس فيه الأطفال وتعمل فيه الإناث الأعمال المنزلية. إذ تعود الإناث على عدم الفصل بين الأنشطة المختلفة التي يقمن با أثناء النهار. فهن يقمن بإطعام الطيور والحيوانات، تنظيف الزريبة وجمع الأوساخ. وأيضا الطهي وإطعام الطفل أو حمله. ولقد تبين من خلال هذه الدراسة جهل أعضاء التمع مهما كان عمرهم وسنهم لمفهوم النظافة الشخصية على المستوى اليومي أو الأسبوعي.

أكدت نتائج الدراسة من خلال الملاحظة أن الطفل لا يلقى الرعاية الصحية المناسبة في سنواته الأولى مثل غيره من أطفال القرية المصرية، والسبب يرجع إلى البعد الثقافي وهو إعتقاد الأمهات والأخوات بفكرة حسد الطفل وإصابته بالمرض إذا ظهر بشكل نظيف. أما البعد الثاني فهو البعد الإقتصادي حيث لوحظ ترك الطفل بدون ملابس داخلية لعدم توفر الماء، الصابون والغيارات الكافية للطفل.

وقد كشفت الدراسة الميدانية أن هناك حالتين لإرضاع الطفل وهي لبن الماعز والسوائل الأخرى، إلى حد قول الأمهات خفيف ومتوفر وكذلك بسبب ضعف حالة الأم أو إصابتها بالمرض، لأن هذا الطفل هو الثامن في تربيته. إذ أن من أهم الأمراض المنتشرة في أوساط الأطفال والتي كشفتها الدراسة هي الإسهال، النزلات المعوية وأمراض الحمى. أما أمراض البالغين نجد: البلهارسيا، المغص الكلوي، حرقان البول، إرتخاء الأعضاء أو العضلات وفقدان البالغ القدرة على العمل وحتى الحركة. ونظرا لإنتشار الأمراض بين المبحوثين، فإن أساليب العلاج الشائعة، هي الإستعانة بالعلاج الشعبي، وذلك بإستخدام النباتات والأعشاب البرية.

الدراسـة الثانيـة: عنوانا: دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.[1]

يهدف هذا البحث إلى التركيز على التثقيف الصحي وعلى دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، والعوامل التي تساعد على القيام بذا الدور والعوامل التي تعيقه.

وعليه كانت تساؤلات هذا البحث تنصب حول: هل يستطيع الطبيب أن يفهم المريض الذي يحاول نصحه وإرشاده؟ وهل يستطيع الطبيب أن ينتزع الثقة من مريضه وأن ينقل تعاليمه للمريض بطريقة تتناسب مع عقليته ومع ظروفه ونظام حياته ومستوى تعليمه ومهنته؟ وإذا كان الطبيب يقوم بالتثقيف الصحي كجزء من طبيعة عمله التي توفر له الفرصة الدائمة للتثقيف، فهل يستفيد من هذه الفرصة ويحاول إستغلالها بالطرق المناسبة؟ وهل يتوفر للطبيب تدريب في التثقيف الصحي يتناسب مع طبيعة الدور الذي يؤديه بالنسبة للعمل الصحي ويكون هذا التدريب جزءا من برنامج تدريبه الطبي وهو طالب في كلية الطب، وهل تكمل النقابة برنامج هذا التدريب؟ ما مدى اهتمام الطبيب بفن الإتصال بالمرضى وكيفية بناء علاقة إنسانية سليمة؟ وما مدى إهتمام الطبيب بمعرفة الجوانب الإجتماعية المحيطة بالمريض وعلاقة ذلك بالصحة والمرض؟

ولقد إكتسب البحث الطابع الوصفي، حيث إعتمدت الباحثة على مجموعة من الوسائل المنهجية، منها تحليل الوثائق والسجلات والبيانات الجاهزة قصد معرفة برنامج التعليم الطبي داخل كليات الطب وبيانات خاصة بالنقابة لمعرفة إسهاماتا في تدعيم دور الطبيب. وأيضا إستخدام المسح الإجتماعي بالعينة لموعة من الأطباء، حيث بلغ عددهم 40 طبيب وروعي في إختيارها على أن تكون من شتى الأقسام

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص203.

العلاجية لبعض المستشفيات العامة بمدينة الإسكندرية، حيث أن خصائص العينة تمثلت في 80 % ذكور و 20 % إناث. بينما تراوح سن المبحوثين ما بين 25-30 سنة. وقد شملت العينة جميع التخصصات العلاجية. فمعظم العينة من الأطباء حديثي التخرج. ومحل ميلادهم كان الإسكندرية ذاتا. وإستعانة الباحثة بتقنية المقابلة لجمع البيانات، حيث تضمنت المقابلة بيانات أولية خاصة بالطبيب مثل السن، النوع، التخصص، مدة الخبرة ومحل الإقامة. وبيانات تتعلق بالدور الذي يمكن أن يقوم به الطبيب لتنمية الوعي الصحي للمريض في أي نوع من التخصص. إلى جانب بيانات خاصة بالعوامل التي تساعد الطبيب على القيام بذا الدور مركزين على التعليم الطبي والنقابة. وأيضا بيانات خاصة بالعوامل التي تعيق الطبيب على القيام بدوره منها مشكلات التعليم الطبي، مشكلة إستخدام اللغة الأجنبية، مشكلة عجز النقابة عن القيام بدورها ومشكلة عجز الطبيب على الإتصال الفعال بالمريض. وأخيرا كيفية مواجهة هذه العقبات من جانب الطبيب.

لقد إستعانة الباحثة بالنظرية البنائية الوظيفية كموجه نظري للدراسة مركزة على فكرة الدور، والعوامل التي تحافظ على ثبات هذا الدور (التعليم الطبي، النقابة)، ثم دراسة العوامل التي تعيق الطبيب وظيفيا عن أداء دوره. وبعد الإنتهاء من جمع البيانات الميدانية إستخدمت الباحثة التحليل الكمي والكيفي لتقديم صورة واضحة عن دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.

إن نتائج المقابلة كشفت على أن أفراد العينة 20 % منهم يرون أن هناك الكثير من المشاكل التي تعيق الطبيب على القيام بدوره في تنمية الوعي الصحي لدى المريض. ومن أهمها المستوى التعليمي المنخفض لهذا الأخير وإنتشار الأمية والجهل في المجتمع، حيث يؤثرون في إكتساب المعلومات الصحية. وأيضا العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة والمنتشرة في المجتمع خاصة العادات الصحية السيئة التي تعيق من عملية التثقيف الصحي هذا من جهة. ومن جهة أخرى عدم إهتمام المريض بالقيام بعملية نشر التثقيف الصحي. وقد يكون إختلاف توقعات كل من المريض والطبيب ووجود حاجز نفسي بينهما عاملا مؤثرا في هذه العملية التعليمية. وفي هذا الصدد توجد عدة عوامل لا تسمح للطبيب بالقيام بدوره التثقيفي منها قلة الإمكانيات والخدمات في المستشفى نسبة إلى عدد المرضى المترددين على المؤسسات الصحية و مشكلة الوقت الضيق الذي يقضيه الطبيب مع المرضى أثناء الإستشارة الطبية بسبب كثرة المرضى وإحجامهم عن التردد على العيادات الخاصة إلا في وقت الضرورة القصوى وبعد حدوث مضاعفات.

الـفـصــل الـثــانـــي
العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى

- **تمهيد**

المطلب الأول: الدور الإجتماعي للمريض.

المطلب الثاني: الدور الإجتماعي للطبيب.

المطلب الثالث: العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة إجتماعية.

المطلب الرابع: إسهام العلماء في دراسة العلاقة طبيب-مريض.

المطلب الخامس: العوامل المؤثرة في العلاقة بين الطبيب والمريض.

- **خلاصـة.**

- تمهيد:

إن العلاقات بين الأطباء والمرضى درست من عدة منظورات أشهرها المدخل السوسيولوجي للأدوار الإجتماعية الذي يتزعمه عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" الذي حدد مضامين هذه العلاقة من خلال مفهومين رئيسيين هما دور الطبيب ودور المريض. إذ أن كل دور يتوقف على مجموعة من الحقوق والواجبات. وهما مختلفان ولكنهما متكاملان، إذ أن كل من الطبيب والمريض يشاركان في الموقف الإجتماعي. وفي هذا الحال كل واحد من الطرفين يتوقع سلوكا معينا من الطرف الثاني.

أما المدخل الثاني لدراسة العلاقة طبيب-مريض هي دراسة هي دراسة العالمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" اللذان طوّرا التصور البارسونزي. وقد توصلا في الأخير إلى ثلاثة نماذج من العلاقات بين الأطباء والمرضى وهي نموذج السلبية والإيجابية، نموذج التعاون الموجه ونموذج المشاركة المتبادلة.

إن هذا الفصل يهتم بدراسة طبيعة العلاقات التي تنشأ بين الطبيب والمريض بإعتبارها مهمة جدا في نجاح العلاج الطبي والنفسي. وفي هذا الحال سوف نستعرض الدور الإجتماعي للطبيب والمريض، ماهية هذه العلاقة ومضامينها وكيفية دراستها من طرف العلماء، خاصة علماء الإجتماع، حيث نركز أيضا على العوامل المؤثرة في العلاقة طبيب-مريض. إذ أن كل مجتمع يتكون من نظم إجتماعية يبنى عليها، وهي بمثابة عموده الفقري، لأنه " لا يمكن لمجتمع من المجتمعات أن يوجد وأن يستمر في الوجود دون أن يتفاعل أفراده مما ينتج عنه العديد من العلاقات الإجتماعية التي تشبع حاجات الأفراد، وهذا التفاعل (...) يتم بطرائق منظمة وقواعد وضوابط معينة وهذه الطرائق المنظمة والقواعد والضوابط المعينة والتصرفات الإجتماعية الموجودة داخل نطاق نسق إجتماعي معين تتبلور في أنماط للعلاقات الإجتماعية، تسمى النظم الإجتماعية".[1] وهذا ما يحدث في النسق الطبي الذي يمثل المكان الخصب لتفاعل الأطباء مع المرضى وبناء علاقات إجتماعية، وقد تستمر هذه العلاقات حسب مدة علاج المرض.

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الإجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط2، 1988، ص203.

المطلب الأول: الدور الإجتماعي للمريض:

إن إصابة أي فرد في حياته بمرض معين تمثل له قطيعة مع عالمه الخارجي، سواء كان مرض خطير أو حادثة مرضية. فالمرض هو حالة غير مرغوب فيها يحدث تغييرا في الصحة سواء البدنية، الجسمية، النفسية أو العقلية. وقد يكون الألم كافيا لظهور المرض وإعتراف الشخص بأنه مريض. والأعراض المرضية التي تنتابه، تمثل حالة غير طبيعية يمكن التخلص منها بأية طريقة، حيث أن هذه العلامة تمثل للطبيب دليلا قاطعا على وجود المرض، وهذا بعد الدراسة والتشخيص الطبي.

ويعرف المريض بأنه ذلك الشخص الذي تظهر عليه علامات وأعراض مرضية، وهذا الإفتراض غير جازم لأن بعض الأعراض ممكن أن تكون حادة أو عكس ذلك لا تستدعي الإهتمام. وأيضا نجد أن بعض الأشخاص لا تبدوا عليهم الأعراض المرضية. وبالرغم من ذلك يحاولون الإطمئنان على صحتهم باللجوء إلى إجراء فحوصات طبية دورية بطريقة عفوية فقد تبين الفحوصات والتحاليل الطبية بأن هؤلاء الأشخاص مرضى حقا، ويفترض أنهم أصحاء لا يشكون من الأعراض المرضية. ويمكن إعتبار الفرد الذي يلجأ إلى طلب المساعدة الطبية على أنه مريض، إلا أن يكون بعض الأفراد حقا مرضى ولكنهم لا يسارعون للطبيب وطلب العلاج، ولكن لو ذهبوا إلى الطبيب فإنهم يعتبرون حقا مرضى. فبعض الناس يسعون إلى الطبيب طلبا الرعاية الطبية لأبسط الأعراض والبعض الآخر لا يسارع في إستشارة الطبيب، حيث أن المريض هو الذي يقرر بأنه مريض حقا، وأنه محتاج إلى العلاج، المساعدة الطبية، إلى رخصة شرعية تقدم له من طرف الطبيب لإثبات مرضه.

وفي الواقع نرى بأن إدراك الشخص للمرض وإقتناعه بأنه مريض حقا ومدى تقييمه للأعراض المرضية والتصرف حيالها هي عملية إجتماعية، حيث تعتمد الأعراض المرضية على كيفية إستجابة المريض لها وحتى الأفراد المحيطين لها من حيث الإدراك والتقييم والمواجهة بالبحث عن علاج لها وهذا كله سلوك إجتماعي وصحي في نفس الوقت، وهو مرتبط بدور المريض. إذ أنه يظهر من خلال تصرفات الفرد المصاب بالمرض إستنادا على نصائح الطبيب وبموجب المعايير الأخلاقية لدوره الوظيفي أي قيامه بواجباته على أحسن وجه ممكن، وهي طاعة الطبيب وتنفيذ تعليماته، فإنه حتما يحقق أفضل النتائج في العلاج وينال إحترام الطبيب والفاعلين في النسق الطبي والعكس صحيح. فالشخص عن طريق التنشئة الإجتماعية يتدرب في حياته على الأدوار الإجتماعية التي يقوم بها، والتي تحدد مركزه في المجتمع وتساعد الأشخاص الآخرين على توقع السلوك المنتظر، فإذا تصرف بموجب المعايير السلوكية والأخلاقية التي تتماشى مع المجتمع، فإنه يحقق النجاح وتلبى رغباته. كما هو الحال بالنسبة للمريض الذي يتلقى تربية طبية. [1]

(1) فوزية رمضان أيوب، علم الإجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985، ص 57.

وفي هذا الصدد فإن عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" يرى بأن "الصحة البدنية للإنسان تمثل مطلبا وظيفيا للنسق الإجتماعي، يستلزم تعريف المرض تعريفا دقيقا، وتعريف دور المريض أيضا من أجل صالح الفرد والتمع في نفس الوقت. فكلاهما يستفيد من ميكانيزم دور المريض. فالمريض ذاته يلقى إهتماما ورعاية كافية، فيعود ليمارس دوره الطبيعي في التمع مرة أخرى. كما يتيح هذا الميكانيزم الفرص لأشخاص آخرين- غير المريض (...) الإداري وصاحب العمل وغيرهم ليتلاءموا مع معنى المرض في مختلف مواقفه، ويتكيفوا مع حاجات التمع أيضا".[1] فزيارة المريض للطبيب تبين وجود حاجة أو مشكلة يحاول صاحبها التخلص منها. ولهذا نجد أن هناك مواقف مختلفة للناس حول تلبية حاجاتم الصحية وحل مشكلاتم، حيث يعتقد بعض الأفراد أن هذه المشكلات تكون مبررات ملائمة لطلب العلاج. وعليه فإن البحث عن المساعدة الطبية تختلف من فرد إلى آخر. وأن الإستجابة للأعراض المرضية تعتمد على عدة عوامل منها وضعيته المالية، عوامل شخصية وثقافية.

إن إعتراف المريض بالمشكلة الصحية يتحدد من خلال مدى إحساسه بأن هناك تغير طرأ على حالته الطبيعية، وهذا التغير هو إنحراف عن توقعاته المعتاد عليها. ونتيجة لذلك فإن إعتناء وإهتمام الأطباء بالمرضى مسألة بالغة الأهمية، لأن معاملة المريض بطريقة جيدة ومحاولة نزع له الإحساس السلبي والخوف من المرض وعواقبه يمكن أن يساعد في نجاح العلاج ومحاولة الشفاء من المرض. فهذا الأخير يفرض على الشخص الدخول في موقف إجتماعي يشير حوله إلى مجموعة من العلاقات والإرتباطات الإجتماعية، لأن الحالة المرضية هي في الحقيقة حالة بيولوجية إجتماعية لا تعتمد فقط على الأعراض المرضية وإنما تتأثر أيضا بالتفسير، الإدراك والتقييم الإجتماعي لها بالمضمون الإجتماعي المحيط با. فالوضع الإجتماعي للمريض يمنحه حقوقا معينة، كأن يعفيه من بعض إلتزاماته الإجتماعية مثل الذهاب للعمل، كما يفرض عليه واجبات معينة مثل البحث عن علاج لحالته أو التعاون مع الطبيب وإتباع العلاج اللازم. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك إلتزامات تفرض على أسرة المريض وعلى بعض أصدقائه أو زملائه في العمل كأن يساعدوا في رعايته والتخفيف من آلامه النفسية على الأقل حتى يسترد صحته. معنى هذا أنه يشغل دورا إجتماعيا جديدا في وضع إجتماعي جديد.[2] وفي هذه الحالة يظهر دور المريض الذي هو "تعبير عن نمط أو نموذج نظري يحاول تصوير إتجاهات سلوك المريض عند البحث عن علاج لحالته المرضية ولكنه لا يقدم وصفا لسلوكه من خلال تجربة حقيقية، إنه يشكل منظورا لرؤية سلوك المريض وأن كان لا يصف بالضرورة ما سيكون عليه سلوك مريض معين، ولا يوضح دقائق أو تفاصيل هذا السلوك".[3] وأيضا يمثل هذا الدور "مجموعة المناشط السلوكية المرتبطة بالمرض، وعلاقة هذه المناشط بالجماعة المرجعية، ومدى الإعفاء من

(1) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص ص 448-449.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 78.

(3) نفس المرجع، ص 81.

بعض المسؤوليات والمهام الملقاة على عاتق الأصحاء، ودرجة تعاطف الجماعة معه".[1] وفي هذا المنوال فإن دور المريض كما أبرزه "تالكوت بارسونزTalcott Parsons " عالم علم الإجتماع الأمريكي مبنيا على إفتراض أن "المرض ليس شيئا مقصودا وإختيارا معروفا من قبل المريض ولذلك لا نستطيع أن نلوم المريض بأنه قد سبب لنفسه المرض، مع أن المرض يمكن أن يحصل نتيجة للتعرض للأمراض المعدية والجروح والإلتهابات.

لذلك بينما يعتقد بأن المرم يخالف المعايير والنظم الإجتماعية لأنه يريد أن يخالفها، فإن الإنسان المريض يعد منحرفا لأنه لم يستطيع أن يحول دون وقوع المرض".[2] وإعتبرا كل من المرم والمريض أشخاص منحرفين. لقد إهتم التصور البارسونزي بتوضيح أبعاد دور المريض لإظهار الإختلاف بين الإنحراف في حالتي المرم والمريض. ويظهر هذا الإختلاف من خلال إختلاف إستجابة المتمع لسلوك كل منهما. فإذا كان المرم يخالف القيم والمعايير الإجتماعية لأنه يريد ذلك، فإن المريض لا يلتزم ببعض القيم والمعايير الإجتماعية، لأنه لا يستطيع أن يفعل ذلك، أي أنه مضطر إلى إتخاذ سلوكه المخالف أو المنحرف. لهذا فإن الإستجابة الإجتماعية المتعارف عليها إزاء المرم، هي عقابه لتغيير دوافعه وتقويم سلوكه. وبالنسبة للمريض السعي لعلاجه لتغيير الظروف التي تمنعه من السلوك وفقا للمعايير الإجتماعية السائدة في المتمع.[3] فهذا الدور يكون طارئ، غير متوقع وزمني، لأن الشخص المريض يكون بالفعل مريضا وهذا بحكم الأطباء في أنه أصبح عاجزا غير قادرا.وعليه فإن إحتلال الفرد لهذا الدور لا يعتبر إحتلال دائم بل مؤقتا ينسحب من صاحبه حينما يقرر الطبيب بالفعل أن هذا الشخص شفي تماما من مرضه. ونتيجة قرار الطبيب يباشر الفرد في مسؤولياته الإجتماعية. [4] فهذا الدور يفرض عليه التخلي عن بعض مسؤولياته، أي الإعفاء من بعض الواجبات. فهذه المزايا تجعل بعض الأفراد يحبذون دور المريض كوسيلة لتحقيق رغباتم، التخلي عن واجباتم ومواجهة بعض مواقف الحياة المفروضة عليهم. ومثال عن ذلك، دور المريض يعفي العامل من عمله والطالب من المدرسة ...الخ. ولهذا فإن بعض الأشخاص يتغيبون لأسباب معينة عن المدرسة أو العمل ويلجئون إلى الطبيب للعلاج ويصحبون شهادة طبية تبرر مرضهم. وحتى في بعض الحالات عطل مرضية لتحقيق أغراض أخرى. فالشخص في هذه الحالة إما بطريقة شعورية أو غير شعورية ينساق حول هذا السلوك لممارسة دور المريض، حيث يرى في هذا الصدد كل من الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي بأن "بعض الناس قد يحبذون دور المريض من أجل التخلص من بعض مسؤولياتم. فالتمع في العادة يفرق بين الأدوار المنحرفة بمعاقبة المرم وبتوفير العلاج للمريض. وكلا العمليتين تعمل على تخفيض

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص 68-69.

(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص65.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 88.

(4) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 184.

الإنحراف، وتغيير الأوضاع التي قد تتدخل في عملية الإمتثال للمعايير الإجتماعية. وكذلك تتطلب تدخل بعض المنظمات الإجتماعية للتحكم في السلوك الإنحرافي مثل أجهزة العدالة والقانون، والنظم الصحية".[1]

ويمكن القول أن ممارسة دور المريض لا تتم إعتباطيا، وإنما بعد تقريرها إجتماعيا، حيث يثبت بأن المريض حقا مريضا، وذلك بعد عرض حالته على الطبيب. فهذا الأخير هو الذي يقرر هل الفرد فعلا مريضا أم لا. وقد نجد حالات يستفيد منها المريض من الدور الإجتماعي وهي أن أفراد عائلته أو أصدقائه يقررون بأنه مريضا، لذلك يعفى من بعض الإلتزامات الإجتماعية، ويستفيد من هذا الدور الإجتماعي. فالطبيب هو الذي يمنح تأشيرة الدخول في دور المريض. فهذا الأخير شأنه شأن أي دور آخر في التمع، فهو "مرتبط بمجموعة من السلوك المتوقع الذي يتضمن في داخله الإلتزامات والتوقعات لهذا الدور".[2] وفي هذا الإطار فإن بعض الأفراد يشعرون بأعراض مرضية يسلكون طرق معينة ولا يمارسون دور المريض، كما أنهم لا يلجئون مباشرة إلى الطبيب. فدور المريض لا يبدأ إلا عندما يتقرر أن حالة المريض حالة خطيرة تستلزم إعفائه من بعض مسؤوليات أدواره المعتادة. كما تتطلب إلتزامات جديدة تضاف إلى أدوار بعض المحيطين به تفرض عليهم ويتقيدوا با.[3] فهذا الدور يختلف من شخص لآخر حسب قيمه، معتقداته، ووضعه الإجتماعي ووعيه بذا الدور الذي غالبا ما تتأثر ممارسته بعادات المريض وبأفعال المحيطين به. في هذه الحالة تتجلى أهمية ثقافة التمع من عادات وتقاليد في إختلاف مضمون دور المريض.

وكما هو معترف به، فإن العوامل الإجتماعية والنفسية لها أهمية في تقبل دور المريض، حيث تلعب دورا في قرار الإنسان بإتخاذ دور المريض أو عدم الدخول فيه، وذلك هروبا من المسؤوليات والواجبات اليومية أو العكس. وفي هذا الصدد يشير الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي إلى أن الضغوط الإجتماعية والعواطف قد تكون سببا في عدم الراحة النفسية والجسمية للفرد وتجعله في إضطراب وقلق، وهو الأمر الذي يدفعه إلى البحث عن مفر من هذه الحالة الغريبة وغير المحتملة في بعض الأحيان. ويعتبر الدخول في دور المريض حلا ولو مؤقتا وأملا في الحصول على الراحة، التخفيف من توتر الأعصاب والتخلي عن الواجبات اليومية له. وعليه فإن المعالم الإجتماعية والعاطفية تساهم في جعل دور المرض أكثر جاذبية نسبيا من الأدوار الإجتماعية الأخرى.[4] مثلا الأشخاص الذين لا تتوفر في منازلهم الطمأنينة والأمان في الحالة العادية عكس عندما يكونون مرضى، فإنهم يتنازلون بصعوبة عن دور المريض، لأنه يلبي أغراضهم الشخصية والنفسية. وهذا ما أكده بعض علماء النفس إلى إحتمال وجود مكاسب ثانوية من المرض، نوعا من المكافأة أو الفائدة ذات مزايا أكبر من المتاعب والمضار، والتي قد تنشأ نتيجة الدخول في

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص69.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 186.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 79.

(4) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 72.

دور المريض. فالعديد من الناس قد يكونون غير قادرين على حل مشاكلهم الأسرية والإجتماعية وبذلك يكون المرض هو الحل الأمثل للتخلص من المشكلات ومتاعب الحياة.

وفي سياق الحديث عن قبول دور المريض نجد ظاهرة التمارض التي تعتبر سلوكا إنحرافيا يمارسه الفرد هروبا من بعض الواجبات والمسؤوليات الإجتماعية، وفي بعض الحالات هذا السلوك ينعكس سلبا على صاحبه. وبالرغم من ذلك، إلا أن هناك أمران يمنعان الشخص من التقيد بدور المريض والتمسك به، وهما الخوف من المرض في حد ذاته، والخوف من النتائج التي تترتب عن دور المريض. ففي هذا الصدد يشير "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" إلى أن المرض يجعل الفرد يسلم لسلطة لا يستطيع مقاومتها، وهي سلطة الطبيب المعالج، كما يجعله في مركز الضعف وفي وضع الشخص المحتاج إلى مساعدة متخصصة ومساعدة من طرف الآخرين، فهذا يحرمه من الإستقلالية ويجعله يشعر بالدونية، وهو وضع لا يرغبه الكثيرون من الناس.[1]

إن مفهوم دور المريض لقي إهتماما من طرف العلماء خاصة في مجال العلوم النفسية والسوسيولوجية، لما لذلك من فائدة للطب. فدراسة هذا الدور تشمل دراسة خبرة المريض في إشتغاله لهذا الدور وكيفية الإستفادة منه، بحيث يمكن من خلاله التنبؤ والتوقع للسلوك.

وفي هذا الصدد نجد دراسة الباحث "إدوارد سوشمان Edward Suchman" سنة 1965 حول "مراحل أو خطوات الإنتقال من الصحة إلى المرض". وقد توصل في الأخير إلى أن هناك خمسة مراحل هامة في حياة المريض، تبدأ بشعور الفرد بالأعراض المرضية وتنتهي بإنتهاء دور المريض. وهذه المراحل هي:

أ- مرحلة إدراك الأهمية المرضية: والتي تشمل شعور الفرد بالألم والأعراض المرضية ومدى إدراك أهميتها التي تكون علامة من علامات المرض، حيث تثير هذه الأعراض القلق والتوتر عند بعض الأفراد، مما يدفعهم ذلك إلى الإستجابة عن طريق محاولة الإستهانة بها، تجاهلها وإنكار إمكانية إصابتهم بالمرض أو يحاولوا اللجوء إلى المساعدة والبحث عن علاج لحالتهم المرضية، أو أنهم يهتمون بحالاتم إهتماما كبيرا ويقررون البحث فورا عن إستشارة طبية لعلاج مرضهم.

ب- مرحلة بدأ الدخول في **دور المريض**: فزيادة شعور الفرد بأنه مريض بحاجة إلى رعاية طبية، يؤدي في معظم الحالات إلى تعاطي بعض المسكنات أو الأدوية للتخفيف من حدة الأعراض المرضية التي يشعر بها، حيث يلجأ إلى أفراد أسرته أو أصدقائه يستشيرهم، وهو بذا الفعل لا يسعى إلى مجرد أخذ رأيهم في مدى خطورة حالته، وإنما يهدف إلى الحصول على موافقتهم بأن يباشر دور المريض سواء كان ذلك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. وهذا يعفيه من بعض إلتزاماته ومسؤولياته أو من بعض واجباته.

---

(1) نفس مرجع، ص ص 72، 75.

جـ- مرحلة العلاج والرعاية الطبية: في هذه المرحلة يقرر المريض الخضوع إلى العلاج الطبي، وعرض حالته المرضية على الطبيب الذي يشخصها ويقرر العلاج اللازم. وبذلك يحصل المريض على موافقة رسمية مشروعة. وهي رخصة تثبت أنه مريض وبإستطاعته الإستفادة من دور المريض. أو عكس ذلك فقد يرى الطبيب أن هذا الفرد غير مريض حالته لا تستدعي علاجا، فيقرر بأنه غير قادر على مباشرة مهامه العادية وواجباته اليومية.

د- تتبع نصائح الطبيب: فهذه المرحلة تخص الشخص الذي يستفيد من دور المريض وعليه أن ينفذ تعليمات الطبيب ويتبع العلاج الذي يحدد له.

هـ -مرحلة الشفاء والخروج من دور المريض: في هذه المرحلة المريض يتخلص من دوره ويشفى كليا ويعود إلى حياته العادية الطبيعية التي إعتاد عليها.

إن الباحث "إدوارد سوشمان Edward Suchman" عند معالجته لدور المريض وأهم الخطوات المتبعة في الدخول والخروج من هذا الدور لم يتعرض إلى خصائصه وأهم مضامينه. غير أن بعض الدراسات الأنثروبولوجية الطبية أيدت هذا التقسيم وإعتبرته مهم جدا في دراسة الإختلافات الموجودة بين التمعات المختلفة حضاريا وثقافيا في أنماط السلوك، الأفكار والمعتقدات المرتبطة بكل مرحلة من مراحل الإنتقال من الصحة إلى المرض. [1]

المطلب الثاني: الدور الإجتماعي للطبيب:

فحسب الباحثة فوزية رمضان أيوب الطبيب هو "الشخص الذي يلجأ إليه المريض لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل العلمية الطبية. ولذلك كان إعداد الطبيب من المسائل الهامة التي تحرص على الإهتمام با الهيئات العلمية والطبية والسياسية في كل مجتمع متقدم، ولذلك أيضا كانت دراسة الطب من الدراسات الشاقة التي تحتاج إلى جهد متواصل ووقت طويل وقدرات ذهنية وشخصية مناسبة ولا تسمح لشخص بممارسة العمل كطبيب إلا إذا إجتاز بنجاح مرحلة دراسية وتدريبية طويلة وصعبة".[2] حيث أن مهنة الطب مهنة صعبة جدا، فهي عكس المهن الأخرى، وحتى أن الوسائل المهنية المستخدمة تختلف عن الوسائل المهنية الأخرى، فالطبيب يتعامل مع الجسم البشري مباشرة عكس المهن الأخرى التي تتعامل مع المادة الجامدة.

إن الطبيب يعتبر مسئولا مباشرا عن الوضعية الصحية للمريض وعلى شفائه، حيث لا يعتمد أدائه لدوره الإجتماعي على نوعية توجيهه وخبراته العلمية أو على أخلاقيات المهنة فقط، وإنما يعتمد دوره على توقعات التمع وأهم السلوك المنتظر منه من خلال المسؤولية الموكلة إليه. "ولذلك فإن الأطباء مطالبون

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص ص 81-82.

(2) نفس المرجع، ص93.

بالتعامل مع العديد من نماذج المعاناة والألم التي يحسها الناس، وهذا التعامل قد يتطلب منهم مهارات معينة وتوجيهات لا علاقة لها بخبرتم العلمية. وأما الأساس الذي يستند إليه الطب بإعتباره فنا إجتماعيا، فهو يكمن في الحقيقة التي تشير إلى أن دور الطبيب في المتمع يحدده المتمع ذاته، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة إلى مرضاه بغض النظر عن الحالة الراهنة لعلم الطب في مجال مرضهم".[1] وإستنادا على ذلك نرى بأن الأطباء عادة ما ينظرون إلى النظام الطبي على أنه عبارة عن نظام يهتم بتوزيع الخبرات العلمية والكفاءات الفنية لغرض أداء وتقديم الخدمات الطبية للناس ورفع المستوى الصحي للمجتمع فقط، دون النظر إلى الجانب الآخر للنظام الطبي، حيث أن دور الطبيب يعتبر من الأدوار الهامة والأساسية لأنه يتضمن جانبين هامين وهما الجانب الطبي والجانب الإجتماعي.

وعليه فإن الباحثة فوزية رمضان أيوب تشير في مؤلفها دراسات في علم الإجتماع الطبي على أن الدور التقليدي للطبيب "هو دور محدد مهنيا لأن العلاقات بين الأطباء والمرضى تتركز حول صحة المرضى ومشاكلهم الصحية لا على أية مشكلات شخصية من أي نوع آخر. وهو دور إيجابي فالمطلوب من الطبيب أن يتدخل بفعالية لعلاج المرض، كما أن دوره محايد بمعنى أن يقدم الطبيب خدماته الطبية للمريض، أيا كان هذا المريض، ثم أنه دور يحكمه إتجاه لتقدير القيم الجمعية يتضح من الإيديولوجية المرتبطة بمهنة الطب والتي ترى أن تحقيق مصلحة المريض أهم من تحقيق مصلحة الطبيب".[2] ولهذا فإن دور الطبيب يتضمن مجموعة من القيم، المعايير وأخلاقيات للمهنة التي تفرض على الطبيب للقيام بدوره، حيث أن هذه القيم بمثابة قوانين يحترمها ولا يمكن له مخالفتها. وإذا حدث ذلك فإنه يعتبر منحرفا، ولا يمكن أن يكتمل دوره بدون وجود لدور المريض، فكلا هذين الدورين مكملين لبعضهما البعض. فالتداخل بين الدورين يتحدد من خلال النظام أو النسق الإجتماعي كميكانيزم للضبط الإجتماعي. والمتمع هو الذي يحدد مجموعة الحقوق والواجبات لشاغلي هذه الأدوار، والتي تعرف بتوقعات معينة نتنبأ من خلالها لنوعية السلوك المتوقع من طرف كل من الطبيب والمريض. فهذا الأخير يقبل التعاون مع الطبيب الذي يحاول تطبيق معلوماته العلمية وخبراته الخاصة من أجل منفعته ومن أجل تشخيص المرض والعلاج. فهذا الطبيب يسعى بطريقة ودية معرفة بعض الأمور المتصلة بمريضه، والتي غالبا ما تكون غير معروفة لغيره، فمن الضروري أن يقوم بعمل الفحوص الطبية والإختبارات المعملية. وأن يحصل على كل المعلومات التي يرى أنا ذات صلة بموضوع المرض، حيث أن توتر المريض غالبا ما ينشأ عن الطبيعة الطبية غير الشخصية للممارسات الطبية التي غالبا ما تخضع لإلتزامات الطبيب والتي تفرض عليه أن يكون موضوعيا وغير متحيز لذا فإن مصلحة المريض قبل مصلحة الطبيب.[3]

---

(1) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص155.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص94.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص96.

المطلب الثالث: العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة إجتماعية:

يعتبر المستشفى التنظيم الإجتماعي الذي يتم فيه التفاعل الإجتماعي بين مختلف الفئات سواء ما بين الفئات المهنية فيما بينهم أو الفئات المهنية والمرضى. فهو المكان الخصب لتفاعل الطبيب مع المريض وبناء علاقات إجتماعية، حيث أن هذه الأخيرة هي "الروابط والآثار المتبادلة بين الأفراد في المتمع. وهي تنشأ من طبيعة إجتماعهم وتبادل مشاعرهم وأحاسيسهم وإحتكاك بعضهم بالبعض الآخر ومن تفاعلهم في بوتقة المتمع".[1] كما هو الحال بالنسبة للعلاقة بين الطبيب والمريض التي تنشأ من خلال الوهلة الأولى لتلاقيهما، فيكون التفاعل الإجتماعي هو لب هذه العلاقة، حيث يتم عن طريق وسيط مهم جدا، ألا وهو الإتصال الشفوي أو غير الشفوي.

فتصور وتقدير الحالة المرضية لأي شخص أصيب بمرض معين في الواقع تتم عن طريق سلسلة من المبادرات أي من خلال "اللقاء والتفاعل بين المريض والطبيب- يعرض المريض حالته، فيقدم الطبيب التفسير الملائم لها ويشخص المرض ويقترح العلاج المناسب، ويباشر الحالة ويتابع نتائج العلاج".[2] وإنطلاقا من هذه المراحل والعمليات أي اللقاء بين الطبيب والمريض تنشأ العلاقة والتي تأخذ فترات حسب مدة العلاج، ممكن أن تكون فترة العلاقة طويلة كحالة الأمراض المزمنة والعكس صحيح كحالة الأمراض القابلة للشفاء. فالحالة الصحية للمريض تبرز من خلال وصف هذه العلاقة وأهم متضمناتها، حيث أن هذه الأخيرة تؤثر في الحالة المرضية للفرد وفي الدور الإجتماعي للطبيب وفي تقدم العلاج والشفاء. فالمتمع يقر بأن العلاقة بين الطبيب والمريض يفترض أن تتسم بعلاقة علاجية محضة تدف إلى علاج المصاب من مشاكله الصحية، فالطبيب هو الشخص المؤهل علميا وتقنيا لمساعدة الشخص الذي هو بحاجة ماسة إلى هذه المساعدة. فهذه العلاقة هي علاقة مهمة جدا في إتخاذ القرار الطبي من طرف المريض بذهابه إلى الخدمة الصحية والإمتثال لتعليمات الطبيب خلال مرحلة العلاج. وفي هذا الصدد يشير كل من الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي بأنه "يقع على الطبيب عبء كبير في سبيل تكوين علاقة بينه وبين مرضاه. وعليه أن يخلق الإتصال مع المريض وأن يقضي وقتا معه، وأن تكون له القدرة على مبادلة الحديث مع مرضاه، ويصغي إليهم ويتكلم معهم، ويشجعهم على أن يتكلموا معه وأن يتحمل مسؤولية الشرح وبث الثقة فيهم، وأن يظهر الرغبة والإنشغال وعلى الطبيب أن يكون مرنا عند وصف العلاج، لأن ذلك يتوقف على المريض، فكل مريض يجب أن يعالج بطريقة مختلفة وخاصة في الأمراض النفسية، أي الإهتمام الشخصي الفردي وتفريد العلاج". [3] وفي هذه الحالة فإن المشكل الذي يراود الأطباء في علاقتهم مع

---

(1) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص 403.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 108.

(3) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 131.

مرضاهم هو مشكل الوقت غير الكافي وكثرة المرضى، وهذا نجده في معظم مجتمعات العالم خاصة العالم الثالث بما فيه الجزائر.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة إجتماعية، قد وصفت مكوناتا من طرف الكثير من العلماء بأنا نسقا إجتماعيا،[1] حيث أن علم الإجتماع الطبي أوضح أهمية هذه العلاقة على أساس أنا لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط، وإنما تمتد لتشمل إحترام الطبيب وتعاطفه مع المريض، خاصة في حالة الأمراض الحساسة. وهذا ما أكدته بعض الدراسات الحديثة، التي أبرزت ملامح هذه العلاقة، من خلال توضيح الأدوار المتبادلة بين الطبيب والمريض، أنماط العلاقة بينهما، الصراع والضبط في هذه العلاقة الثنائية وما يتخللها من إغراء، إتفاق، صراع وغموض من جهة. وسلوك عملي من جهة أخرى، [2] حيث أن العالم "فرانسوا ستودلر François Steudler"يشير إلى أن "العلاقة الطبية هي غالبا ما تعتبر كتدخل محدود لشخصين، طرف المريض والطرف الآخر الطبيب بمعرفته وتقنيته. في الحقيقة العلاقة طبيب-مريض هي علاقة مشروطة بالبنية الإجتماعية وتجد في نفس الوقت مخرج للنسق الإجتماعي".[3]

وفي نفس السياق، فقد شبهت العلاقة بين الطبيب والمريض بالعلاقة بين الطفل ووالده، حيث أن الطفل يمثل المريض والوالد يمثل الطبيب، لأن المرض قد يخلق نوعا ما من الإتكال على الغير، أي أن المريض يعتمد كليا على الطبيب والهيئة الطبية دون تنفيذ للتعليمات الطبية الموجهة إليه أحيانا، وهذا يشبه إعتماد الطفل على والده في تحقيق الرغبات وإشباع إحتياجاته مهما كان نوعها، ولكن الشيء الملاحظ في هذه الحالة هو أن دور الطفل لم ينضج بعد عكس المريض الذي يمثل دورا راشدا وناضجا ولكنه منحرفا. والتشابه بينهما هو أن الطرفين يفتقدان إلى القدرة على القيام بالوظائف الإجتماعية والبيولوجية العادية التي يؤديها الشخص الراشد أو المعافى من المرض. فالطرفين يعتمدان على أشخاص أقوياء لرعايتهم وعنايتهم.

وإذا تكلمنا عن الطبيب الذي يشبه دوره دور الوالد أو الأب، فنجد أن دوره دور مساعدا، حيث أن هذا التشابه بينهما يتحكم وينظم المكافآت أو نتائج سلوك معين سواء تعلق الأمر بالطفل أو بالمريض. فالأب يقدم مكافئة لولده على سلوك سوي وجيد سواء كانت مكافئة معنوية كشكره وإستحسانه عن سلوكه هذا، أو مادية عن طريق هدية . أما مكافئة المريض فتكون نتيجة سلوكه الجيد بإتباعه تعليمات طبيبه، فهي الشفاء من المرض ومعاناته اليومية. فهذا التشابه في الأدوار بين الطبيب والأب ليس تشابا كليا، وإنما في بعض الحالات فقط. إذ أنما يختلفان في حجم ومقدار الإرتباط بالطرف المحتاج (المريض والطفل) وأن عمق شعورهم العاطفي نحو الطرف الآخر يختلف من الطبيب إلى الأب، لأن حالة الطفولة والحالة المرضية غير متشابان تماما، بل يوجد عناصر تتشابه بينهما. ويمكن الإشارة إلى أن الشخص المريض

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 63.

(2) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص 35.

(3) François steudler, Sociologie médicale, Librairie Armand colin, Paris, 1972, P43.

جدا هو فاقد القدرة على تلبية حاجياته وواجباته اليومية أي غير مؤهلا جسميا لعلاج نفسه من الأمراض. فيعتمد كليا على الطبيب نظرا لحالته المرضية وأهم الإضطرابات التي يعاني منها. فسلوكه كسلوك الأطفال غير الراشدين في أدوارهم الإجتماعية. (1)

لذا فإن علاقة طبيب- مريض تختلف عن علاقة مريض بشخص آخر، لأنا تتركز حول طلب المريض المساعدة من الطبيب، وتلبية هذا الأخير لهذا الطلب. فموقف المساعدة في هذه الحالة يكون أكثر تحديدا من موقف المساعدة فيما لو كان من يقدمها شخص آخر من أصدقاء المريض، أقربائه أو جيرانه، حيث أن الطبيب يقدم مساعداته من خلال نظام طبي معين ويمارس عمله في إطار رسمي يمثل مهنة الطب والإلتزام بدستورها من جانب. ويمثل الخبرات العلمية الطبية من جانب آخر. (2)

وعليه فإن هذه العلاقة هي علاقة تبادلية بين الطرفين من خلال صورة للتوقعات السلوكية، لأن المراكز الإجتماعية والأدوار لكلا منهما غير متساوية. فمركز الطبيب يفرض عليه نوع من النفوذ والسلطة يبرزها خلال معاملته مع المريض، الذي يكون في موقع الضعف. وهذا يخلق توتر في العلاقات بينهما، لذلك يفترض على المريض تقبل هذا الوضع. فعدم المساواة في الأدوار بينهما ضرورية جدا في هذه الحالة لأن الطبيب يحتاج إلى نوعا من القوة أو النفوذ في علاقته بالمريض حتى يستطيع أن يحدث تغييرا إيجابيا في حالته الصحية. ولتحقيق هذا الهدف يحتاج في بعض الأحيان إلى عمليات وطرق يمكن أن تكون مؤلمة أو غير مريحة نفسيا وجسميا للمريض، ولكن عليه أن يتقبلها وأن يتبع خطة العلاج إذا ما أريد للطبيب أن يكون مؤثرا أو ناجحا في عمله. (3)

وإستنادا على ذلك فإن الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي يشيران في مؤلفهما مقدمة في علم الإجتماع الطبي إلى المتغيرات التي يمارس الطبيب من خلالها القوة والنفوذ في عمله اليومي وهي:

أ- النفوذ المهني والذي يقصد به النفوذ المعرفي و أهم المؤهلات العلمية التي تؤهله لكي يمارس النفوذ والقوة في عمله اليومي. وهذا النفوذ هو ترخيص من طرف المتمع. بأن يكون الطبيب معالجا ويعتبر متغيرا كافيا لممارسة النفوذ والسلطة على المريض.

ب- قوة المنصب وهي قوة الموقع والوظيفة التي يمارسها، حيث أنا من أهم المتغيرات التي يستخدمها الطبيب في ممارسة القوة، فأساس قوة المنصب هي أن الطبيب يملك ما يحتاجه المريض وفي المقابل فالمريض محتاج، لأنه يفتقد للخبرة والمعرفة اللازمة لعلاج مرضه لوحده، بل يحتاج لمساعدة طبيبه.

جـ- حالة الإعتماد الكلي على الطبيب، حيث يكون المريض في حالة الضعف غير قادر على علاج مرضه. وهذه سمة من سمات ممارسة القوة والنفوذ من طرف الطبيب على المريض.

---

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص 124-125.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 108.

(3) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 123.

وفي خضم ما سبق ذكره، فإن أهم عنصر يزيد من قوة دور الطبيب هو الإيمان بقدرته على العلاج، تحقيق الشفاء وإعتماد المريض عليه في قراراته المرتبطة بالحياة والموت.[1] فإهتمام الطبيب بالمريض من جميع النواحي الإجتماعية وبث الثقة والطمأنينة في نفسه يعد من أهم العوامل الإيجابية في بناء علاقة جيدة بين الطرفين. حتى أن الحوار المفتوح مع المريض له أهمية كبرى في بناء هذه العلاقة. فالمرضى غالبا ما يحبذون التحدث عن مشاكلهم ومخاوفهم التي تنتابم، وإذا أحسوا بأن الطبيب يستمع ويدرك ذلك، فإنم يرتاحون نفسيا، تطمئن قلوبم وتعم الثقة بينهم وبين طبيبهم. وفي هذه الحالة يعد الإتصال عملية مهمة جدا في عملية التفاعل الإجتماعي بين الأفراد وبناء علاقات إجتماعية يسودها الحب والتعاون فهو إذا "عملية إرسال أو إستقبال رموز أو رسائل سواء كانت هذه الرموز شفاهية أو كتابية، لفظية أو لا لفظية".[2] ولا شك في الأمر أن عملية الإتصال مهمة جدا في النسق الطبي، حيث يعتبر كل من الممرضين والأطباء فاعلين في عملية الإتصال مع المرضى، لأن دورهم لا يقتصر فقط في وصف العلاج وتقديم الدواء...الخ، وإنما يمتد ليشمل عملية الإتصال التي تتطلب مهارات في الحديث والمعاملة، وهي كلها مهارات سلوكية يتصف با الأطباء أو الممرضين لبناء علاقة إجتماعية سليمة مع المرضى. ونتيجة لذلك تظهر فاعلية العناية الطبية، لأن الإحساس بالإتصال مهم جدا في تشخيص المرض. ولكي يكون التفاعل أكثر فاعلية ينصح الأطباء بتجنب المصطلحات الطبية في التعامل مع المرضى،[3] لأن الإتصال هو ميكانيزم بفضله العلاقات الإنسانية موجودة وتتطور، حيث لا يمكن التكلم عن التمع الإنساني دون أن تكون تبادلات بين أعضائه، والتي تحدد بدورها مجموعة النشاطات الإنسانية.[4] وفي هذا الصدد يتفق معظم الباحثين على أن الإتصال نوعان، وهما الإتصال الشفهي وغير الشفهي، فالإتصال الشفهي هو ذلك الإتصال القائم على الكلام والإنصات، وقد يكون مفتوحا أو مغلقا مثلا الإتصال المغلق هو الذي يتم على أساس أوامر تعطى للمريض. أما الإتصال المفتوح مثلا الطبيب يقدم أسئلة للمريض ويحاول هذا الأخير الإجابة عليها. أما الإتصال غير الشفهي هو الإتصال المبني على أساس المظاهر، كملاحظة المريض ملامح وجه الطبيب. فمن خلال هذه الملامح يمكن له معرفة خطورة حالته المرضية، حيث أن هذا النوع من الإتصال "يحمل في أغلب الأحيان تعابير شفهيـة والتي يمكن تجاوزها أو معارضتها". [5]

فالإتصال بين الأطباء والمرضى هو إتصال قائم على مهارات يكتسبها الطبيب من خلال تعليمه الطبي وتنشئته الإجتماعية الطبية، لأنه يتعامل مع أفراد حساسين جدا في غاية الأهمية عكس المهن الأخرى. وقد

---

(1) نفس المرجع، ص 124.

(2) مصطفى عشوي، مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ص 151.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 157.

(4) Jacqueline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Sciences Médico-sociales, Masson, Paris, 1998, P 167.

(5) Ibid, P 168.

تتصف مهارات الإتصال بالإتصال الجيد والإجابة على كل أسئلة الطرف الآخر أي التبليغ الجيد في إرسال الرسالة. أما المهارات الثانوية للتبليغ الجيد فهي تشمل في المقام الأول الحضور، الفهم والإحترام. حيث تبرز عدة مهارات ليكون الإتصال جيد ومساهما في إقامة علاقات إجتماعية جيدة مع الآخرين. حيث يرى أنه لا يمكن أن يتحقق الإتقان الجيد للإتصال إلا إذا إتبعنا مهارات تتمثل في الإتصال الجيد والذي يرتكز على الإنصات الجيد عن طريق الإنتباه للطرف الآخر أو الأطراف الأخرى، الإستماع لما يقوله الطرف الآخر ليس بكلامه وألفاظه فقط، وإنما أيضا بما يقوله أيضا بجسمه وحركاته، تعابير وجهه، حركات يديه وكفيه ورجليه. أما الشرط الثاني للإتصال الجيد هو الفهم الدقيق لما يفكر فيه الآخرين ولا يشعرون به، حيث نجد أن إبلاغ الطرف الآخر بأنه تفهم أو تحاول فهم ما يريد إبلاغه إليه شرط مهم جدا في عملية الإتصال الجيد. فالإنصات الجيد يختلف عن الإستماع العادي، لأن هذا الأخير يقودنا أحيانا إلى أخطاء وسوء الفهم ومشكلات سلوكية. وهذا من جراء عدم الإنصات الجيد لما يقوله الطرف الآخر. وأخيرا الإجابة على تساؤلات الآخرين أي التبليغ الجيد، لأنه لإتقان الإتصال يشترط أن تكون لدى الفرد مهارة إجابة الآخرين، وهي مهارات فرعية تمكن الفرد من تحقيق الهدف الذي يسعى إليه من عملية الإتصال. وبما أن الإنصات الجيد هو محور عملية الإستقبال، فإن التبليغ الجيد هو محور عملية الإرسال أثناء عملية الإتصال والتواصل. فالمهارات الفرعية تتمثل في الحضور من خلال إبلاغ أو إعلام الطرف الآخر بأنك تصغي إليه بإهتمام وأنك مهتم بما يقوله، لأن الفهم عنصر مهم جدا، حيث أن مهارة إعلام الطرف الآخر وإبلاغه بأنك تفهم مشاعره وسلوكه وأحاسيسه. أما الإحترام والذي يتمثل في إشعار الطرف الآخر بأنك تحترمه من خلال إتصالك به وبناء علاقة سليمة معه هو من أهم ميزات الإتصال. [1]

المطلب الرابع: إسهام العلماء في دراسة العلاقة طبيب- مريض:

إن من أهم إهتمامات علم الإجتماع الإهتمام بدراسة العلاقات الإجتماعية بين الأشخاص. وفي هذا الصدد حاول علم الإجتماع الطبي التركيز على دراسة هذه العلاقات في النسق الطبي، العلاقة بين الأطباء فيما بينهم، العلاقة بين الأطباء والممرضين العاملين بالنسق الطبي والعلاقات بين الأطباء والمرضى، حيث أصبحت هذه العلاقة الأخيرة ليست مجرد علاقة تشخيص المرض وعلاجه، وإنما إمتدت لتشمل مختلف أنماط التفاعل الإجتماعي بين الطرفين. وفي هذا السياق قدّم بعض الباحثين والعلماء نماذج للعلاقة بين الطبيب والمريض. مثلا عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" إهتم بدراسة علاقة التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من خلال دراسة الدور الإجتماعي لكلاهما. أما الباحثان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" فقد درسا صور التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من حيث النماذج الثلاثة للعلاقة وهي الإيجابية/ السلبية، التعاونية/الإرشاد والمشاركة المتبادلة.

---

(1) مصطفى عشوي، مرجع سابق، ص ص 152-153.

1- **إسهام تالكوت بارسونز** Talcott Parsons في **دراسة العلاقة طبيب- مريض**: لقد فسّر هذا العالم العلاقة بين الأطباء والمرضى على أنا علاقات تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية، وهذا من منظور بنائي وظيفي، حيث يرتكز مفهومه على الأدوار الإجتماعية لكلا من الطبيب والمريض. فدراسته هذه فتحت المال في دراسة أنماط التفاعل الإجتماعي. وفي هذا الصدد يرى أن العلاقة بين الطبيب والمريض هي "علاقة غير متكافئة، يحتل فيها الطبيب مكان الصدارة أو السلطة بحكم ما لديه من معرفة وخبرة متخصصة ومكانة إجتماعية كفلتها له مهنته"هذا من جهة.[1] ومن جهة أخرى التأكيد على الفهم المشترك لكلاهما وتبادل الأدوار بينهما، "حيث أن كلا منهما يشارك في الموقف الإجتماعي ويحاول توقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف، وكل فرد في هذه العلاقة يؤدي دوره ويكون الآخر متوقعا لهذا الدور".[2]

إنطلاقا من محاولة وصف المرض على أنه سلوك منحرف يقوم به المريض الذي يعتبر منحرفا ولكنه يختلف عن المرم، لأن المرض يعيقه من أداء واجباته، فإن الطبيب هو الوسيلة المثلى التي يحاول من خلالها إحداث الضبط الإجتماعي في المتمع. وقد برزت العلاقة بين الطرفين من خلال دورهما، بإعتبارهما دوران متكاملان في إحداث إستقرار المتمع، حيث تشير نادية محمد السيد عمر في كتابا علم الإجتماع الطبي المفهوم والمالات، بأن "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" إهتم بالعلاقات بين الأطباء والمرضى من خلال دراسة الدور الإجتماعي لكل منهما، وترى أن هذه العلاقة تعتبر نمطا ثقافيا سوف يكون من السهل هنا نقلها من الأفراد الذين يعرفونا إلى الأفراد الذين لا يعرفونا. فكل فرد يؤدي دوره قد يكون الآخر متوقعا لهذا الدور ونتائج هذا السلوك، لذا يمكن للشخص تحديد دوره البعيد عن دور الآخر الذي يشاركه في هذه العملية. مثلا نجد أن دور الطبيب إنما يتصل بدور المريض، تصوراته وتوقعاته لهذا الدور، كما أن المريض لديه ما يكفي من الأفكار الذاتية التي تساعد الطبيب على تحديد نوعية الحالة المرضية التي هي أمامه.

إن الدور الإجتماعي للطبيب والمريض يرتبط ببعض التوقعات التي تشمل مجموعة من الحقوق والواجبات التي يحددها المتمع، والتي تتماشى مع القيم والمعايير الإجتماعية. فالطبيب يتوقع من مريضه أن يسلك سلوك معين متوقع، والمريض يتوقع من الطبيب أن يسلك سلوكا مغايرا، لأن الشخص المريض تكون لديه توقعات تحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضا، كما هو الحال بالنسبة للطبيب الذي يكون معتمدا على تصورات المريض في الدور الإجتماعي الذي يجب أن يسلكه. فدوره هو محاولة إرجاع المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية، أما دور هذا الأخير يتمثل في معرفة الطرق التي يبحث بـا عن المساعدة

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 114.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 83.

المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء، ومن هنا فإن العلاقة بين الأطباء بالمرضى لا تمثل نمطا تلقائيا للسلوك، وإنما هي موقف من الضرورة فيه أن يعمل كل من الطبيب والمريض في نمط ثابت من أنماط السلوك المتوقع الذي يمكن التنبؤ به قبل حدوثه.[1]

وللتوضيح أكثر لدور الطبيب والمريض نتطرق إلى دور كل واحد منهما على إنفراد كما عالجهما العالم "تالكوت بارسونز Talcott Parsons".

1-1- **مساهمة تالكوت بارسونز** Talcott Parsons في **دراسة دور المريض:** يعتبر دور المريض من أهم المفاهيم الإجتماعية التي ساهمت في تطوير علم الإجتماع الطبي، حيث يعتبر عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" من أهم المساهمين في هذا المال من خلال تصوره النظري لتفسير وتحليل دور المريض ووصف خصائصه. وذلك في إطار النظرية الإجتماعية، حيث أن عمله العلمي هذا أثار الكثير من المناقشات والجدل هذا من جهة. ومن جهة أخرى ساهم في تطوير علم الإجتماع الطبي. فدور المريض حسبه هو "دور له إغراءه لأنه يعفي المريض من بعض إلتزاماته، دون أن يحمله مسؤولية مرضه، ولذلك فمن الممكن أن يسعى شغل ما لشغل دور المريض مدفوعا شعوريا أو لا شعوريا بدوافع يشبه إلى حد ما الدوافع التي تدفع شخص آخر إلى إرتكاب أي نمط من أنماط السلوك المنحرف كالجريمة أو مخالفة القيم السائدة في المتمع، ولذلك فإن التركيب الإجتماعي لدور المريض يتضمن عنصرا من عناصر الضبط يعمل على مقاومة إستغلال الأشخاص لهذا الدور. سواء بالسعي إلى الدخول فيه أو بالعمل على البقاء فيه وتأخير الخروج منه".[2]

إن دور المريض حسب التصور البارسونزي حدد من خلال مجموعة من التوقعات والتي بدورها تترجم في الحقوق والإلتزامات أو الواجبات.

أ- الحقوق: لقد منح المريض حقوق شرعية يستغلها أثناء فترة مرضه وتتمثل في:

- إعفاء المريض من بعض المسؤوليات والأدوار الإجتماعية المعتاد عليها: يعتبر إعفاء المريض من مسؤولياته الإجتماعية حق من حقوقه حسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons "، لكن هذا يتحدد إنطلاقا من نوعية المرض وحدته، فإذا كان المرض خفيفا فإنه لا يدّعي أن يعفى المريض كليا من هذه الواجبات اليومية. وهو إعفاء مشروع حسب المتمع. ولهذا يفترض على المريض أن يعمل على التخلص من المرض ويدرك بأن هذا الأخير حالة غير مرغوب فيها وعليه أن يعود لأدواره السابقة. فقد يعفى من العمل، من الدراسة أو من بعض الواجبات الأسرية. فهذا الإعفاء يتناسب مع طبيعة وشدة المرض، حيث أنه كلما كان شديدا المرض كلما كانت درجة إعفاء المريض من إلتزاماته أكبر. والإعفاء من الواجبات يتطلب الشرعية الإجتماعية، التي يحددها الطبيب الذي لديه الخبرة والسلطة الوحيدة للحكم على أن الشخص مريضا.

(1) نفس المرجع، ص 86.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص84.

فالحصول على شرعية المرض يعني الهروب من بعض المسؤوليات الإجتماعية. ولهذا فإن الكثير من الناس يرفضون القبول بواقع حالتهم المرضية، التي تحتاج إلى العلاج والراحة التامة للوصول إلى الشفاء.[1] وفي هذا المنوال، تؤكد نادية محمد السيد عمر في مؤلفها، علم الإجتماع الطبي المفهوم والمجالات بأن إعفاء المريض من بعض المستلزمات الإجتماعية الطبيعية متعلق بواجباته الوظيفية أو العائلية. وهذا الإعفاء له شروط أهمها أنه لا يعفى المريض نفسه من هذه المسؤولية بذاته، ولكن قد تكون من الطبيب أو من بعض أسرته حتى يشفى ويعود مرة أخرى إلى ممارسة هذه الواجبات أي أنه إعفاء مؤقت. أما الشرط الثاني، فهو أن هذه الواجبات التي يتركها المريض قد تكون واجب من أجله لينال حق من حقوقه ثم يعود إليها من بعد شفائه. وكثيرا ما نرى بأنه يحاول التكيف مع دوره، لأن إلتزاماته الإجتماعية كثيرة جدا، ولا يستطيع التخلي عنها لأنا ربما تسبب له الكثير من المشاكل والخسائر في حياته سواء الوظيفية أو العائلية.[2]

- حق المريض في الإستفادة من الرعاية الطبية: إن المريض غير مسؤول عن حالته المرضية، عكس المجرم الذي يعتبر مسؤولا عن إجرامه بسبب عدم إحترامه للقيم والمعايير الإجتماعية وإرتكابه سلوك إجرامي. ولذلك فإن هذا المصاب يحتاج إلى مساعدة وعناية من طرف الآخرين لإستعادة قواه الصحية والقيام بأدواره الإجتماعية. فهذا الحق المشروع يكمل الحق الأول الذي أشرنا إليه سابقا، لأن إعفاء المصاب من المسؤوليات الإجتماعية يفرض على كل من الطبيب وعائلة المريض مساعدته وإحداث نوع من الضبط الإجتماعي في المجتمع، حيث لا يتوقع منه "أن يجمع قواه لكي يصح عن طريق قرار أو رغبة يبديها، بل لا بد من تدخل إطارات لها صفة التخصص والإختصاص للقيام بدور المساعدة والعلاج".[3]

ب- الإلتزامات: إن أهم الإلتزامات التي حددها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" حول دور المريض نلخصها كما يلي:

- البحث عن الشفاء لحالته المرضية: من الواجبات الأولى للمريض هي رغبته وإرادته في الشفاء وأن يصبح معافا، ويسعى إلى الطبيب والمساعدة الطبية بحثا عن علاج لحالته المرضية، أي البحث عن الشفاء ومحاولة التخلص من المرض وعلاج نفسه، لأن إعفاءه من مسؤولياته دوره الطبيعي وشرعية إعتماده على الآخرين مرتبطان بمظهر آخر وهو إعتراف المريض بأن حالة المرض هي وضع غير مرغوب فيه. وأن الإعفاء من المسؤوليات والواجبات الإجتماعية هي أمر مؤقت ومشروط برغبته في علاج نفسه ومحاولة إسترجاع صحته،أي لا نتوقع منه أن يستخدم إرادته في أن يصبح سليما، ولكنه المسؤول الأول عن حالته الصحية إذا لم يكن لديه الدافع في أن يصبح معافا ويخرج من مرحلة المرض، وإذا لم يفعل إعتبر منحرفا.[4]

---

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص70.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص188.

(3) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص70.

(4) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 71.

- التعاون مع الطبيب وإتباع نصائحه: إن المريض يفترض عليه أن يبحث عن مساعدة طبية متخصصة لعرض حالته المرضية. ومن أهم الواجبات المفروضة عليه هي التعاون مع الطبيب، طاعته والخضوع للعلاج لتحقيق الشفاء في أسرع وقت ممكن، و العودة إلى إستلام الأدوار وتأدية الواجبات الإجتماعية. ومن خلال هذا الإلتزام يبرز التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وأهم خصائص أدوارهما الإجتماعية في بناء متكامل، حيث أن البحث عن المساعدة العملية المتخصصة من قبل المريض عادة وليس ضرورة. فهو عادة ما يبحث عن طبيب متعاون معه لكي يشفى، ولذلك فإنه من المستحيل أن نراه في موقف تعارض أو تنافس مع الطبيب، لأنه هو الذي يبحث عن المساعدة برغم تلازم هذا الدور مع عدد من العناصر مثل علاقته بالتدرج الإجتماعي والإختلافات الثقافية والفردية.[1] وإذا حدث عكس ذلك ولم يسرع المريض إلى الطبيب يعني هذا إنعدام الدافع عنده في أن يشفى ويصبح في حالة صحية جيدة لمزاولة أدواره الإجتماعية.

فبالرغم من المناقشات الهامة التي أثارها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دراسته لدور المريض، إلا أنه أدرك وإقتنع بعد سنوات بأنه قد بالغ في تأكيده على إعتبار المرض نمط من أنماط السلوك المنحرف. ففي سنة 1978 ذكر أن آراءه المنشورة في كتابه الصادر عام 1951 (النسق الإجتماعي) وما تضمنته من دراسة لدور المريض كانت متأثرة إلى حد كبير بالإهتمامات التي كانت سائدة في ثلاثينات القرن العشرين في الأوساط الطبية فترة إجراء بحوثه ودراساته. فهذه الإهتمامات كان مجال إهتمامها الطب النفسي، التحليل النفسي، الأمراض السيكولوجية والعوامل النفسية المرتبطة بالمرض والتي أثارت إنتباهه بشدة إلى دوافع السلوك الإنساني، وما ينجر من دوافع مؤثرة في الإصابة بالمرض والخضوع للعلاج. ونتيجة لهذا كله التصور البارسونزي نظر إلى دور المعالج على أنه دور وظيفي يمثل وسيلة من وسائل الضبط الإجتماعي، حيث وضع تحليلا لبعض الخصائص الوظيفية لدور المريض وإحتكاكه بالقائمين بعلاجه وتحليلا لدور الطبيب مؤكدا على وظيفته في الضبط الإجتماعي. ويضيف أن المعلومات الحديثة عن الدوافع اللاشعورية تضيف بعدا أكثر إتساعا لمفهوم دوافع السلوك، خاصة السلوك المرضي الذي تجعله أكثر قبولا مما كان عليه في الماضي. فهناك أمراضا عضوية لا يتدخل فيها عامل دوافع السلوك مثل الأمراض الناتجة عن الفيروس ، الميكروب والإلتهابات المختلفة. وإنطلاقا من ذلك فإن سلوك المريض يعتبر سلوكا منحرفا إذا كان مدفوعا بدوافع معينة تجعله في الواقع سلوكا متعمدا أو مقصودا. وإستنادا على ذلك يبدوا أن "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" قد عاد فأكد أنه يعتبر المرض نمطا من أنماط السلوك المنحرف إذا كان المريض مدفوعا إلى إدعاء المرض لغاية في نفسه، لتحقيق منفعة أو هدف معين شعوريا أو لا شعورية لتحقيق غاية معينة.[2] وبالرغم من الإسهامات الجبارة التي أضافها هذا العالم الأمريكي في مجال الطب

(1) نفس المرجع، ص 191.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص91.

وتطوير الدراسة في علم الإجتماع الطبي بصفة عامة ودور المريض بصفة خاصة، إلا أن تصوره تعرض إلى عدة إنتقادات منها:

أ- **الإختلاف** في **السلوك المرضي**: إن دور المريض لا يمكن تعميمه على جميع الأفراد وفي كل التمعات عكس ما تصوره "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، حيث أهمل هذا الجانب. فالدراسات أثبتت أن دور المريض يختلف في خصائصه من مجتمع لآخر بإختلاف الحضارة والثقافة وحتى الدين، ومن طبقة إجتماعية لأخرى في التمع الواحد. كما قد يختلف السلوك المرضي بإختلاف الجنس، السن والنوع. وهذه الإختلافات لا تنفي وجود دور المريض في كل مجتمع من التمعات.[1]

ب- **نوعية الأمراض**: ثاني نقد موجه لتصور "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" حول دور المريض هو نوعية الأمراض، حيث يؤكد التصور البارسونزي على أن دور المريض هو دور مؤقت، يحدد الطبيب بدايته ونايته. فواجب المريض التعاون مع الطبيب والبحث عن الشفاء لحالته. فهذه الحالة تنطبق فقط على الأمراض القابلة للشفاء وهي الأمراض الحادة والمعدية وليست الأمراض المزمنة التي تصاحب المسنين وغير المسنين، وهذا هو لب النقد الموجه للآراء البارسونزية حول نوعية الأمراض، حيث أن دور المريض قد ينطبق على المرضى المصابين بأمراض مؤقتة، من الممكن توقع الشفاء التام منها. أما بالنسبة للأمراض المزمنة أو أمراض الشيخوخة، فهي حالات غير مؤقتة، لا يمكن تطبيق هذا النموذج عليها. في مثل هذه الحالات المرضية الأمراض المزمنة لا يتمكن المريض من التخلص من دور المريض، كما أنه من غير المعقول أن يطلب منه محاولة الشفاء من مرض يعرف الأطباء مقدما أن الشفاء التام أمر مستحيل. ثم أن الكثير من هذه الأمراض لا تعيق الفرد كليا عن القيام بأدواره، سواء في العمل أو في الحياة الأسرية، ولكنها تسمح له في نفس الوقت بالقيام بأدواره الإجتماعية والعلمية بطريقة تكاد تكون طبيعية في الحياة.[2]

جـ- **فيما يتعلق بعدم مسؤولية المريض عن مرضه**: حسب تصور "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، فإن المريض لا يعتبر مسؤولا عن مرضه، وعلاجه وشفائه رهن جهود الطبيب المعالج ومدى إتباع نصائحه الطبية. ولكن هذا التصور لقي نقدا من طرف المهتمين في هذا الال، حيث أن هذا الإفتراض لا يمكن تعميمه على جميع حالات المرض، قد تكون الحالة المرضية للشخص نتيجة إصابته في حادث سيارة أثناء قيادتا، فهو بلا شك مسؤول في نظر الكثيرين عن إصابته. وأيضا إذا أصيب طفل بمرض الشلل ولم يكن قد تم تطعيمه بالطعم الواقي من المرض فإن جزءا كبيرا من مسؤولية إصابته تقع على والديه الذين لم يهتما بتحصينه ضد المرض في الوقت المناسب ومع ذلك ورغم مسؤولية الشخص أو أسرته عن

(1) (2) نفس المرجع، ص 84.

إصابته بالمرض، فمن واجبه ومن حقه في نفس الوقت أن يخضع للعلاج.[1] وإنطلاقا من ذلك يمكن القول أن إهمال الأفراد لصحتهم تقع على عاتقهم المسؤولية.

د- **العلاقة بين الطبيب والمريض**: إن العلاقة بين الطبيب والمريض حسب تالكوت بارسونز Talcott Parsons تحدد من خلال التفاعل التقليدي الثابت الذي يتم بين الطبيب والمريض. فهذا الشكل من أشكال التفاعل يكون عام، عندما يتم التفاعل في مكان معين كالعيادة الطبية فقط. ففي هذه الحالة الطبيب يتحكم في التفاعل، عكس التفاعل الذي يتم في المستشفى، حيث أن المريض لا يقابله طبيب واحد في هذه المؤسسة الإستشفائية، ولكن يقابله فريق من الأطباء إلى جانب الممرضين. كما أن العلاقة بين الطبيب والمريض تختلف إذا كان المريض في منزله. ففي هذه الحالة هو وعائلته يكونوا أكثر تأثيرا على عملية التفاعل. بالإضافة إلى ذلك فإن أنماط العلاقة خارج نموذج "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دور المريض تختلف إذا كان المريض يذهب للطبيب من أجل الوقاية فقط أكثر من الناحية العلاجية. فهنا لا يكون هدف الطبيب هو محاولة إعادة الوظائف الإجتماعية الطبيعية للمريض بقدر ما يكون هدفه المحافظة على الصحة العامة. وعليه نجد أن العلاقة تختلف بإختلاف الهدف، فإذا كان الطبيب يهتم بعلاج مشكلة جماعة مثلا مشكلة التدخين، ففي هذا الموقف ينصب دور الطبيب في إستخدامه للسلطة، فواجبه هو إقناع الأفراد بإجراء بعض الفحوصات.[2]

هـ- **فيما يتعلق بأن المرض هو سلوك إنحرافي**: لقد إعتبر "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" المرض على أنه نمط من أنماط السلوك الإنحرافي. فحسب رأيه فإن المجتمع يقوم أساسا على مجموعة من القيم وأن الإنحراف في السلوك هو معارضته للقيم السائدة في المجتمع والخروج عليها أو رفضها وعدم الإنصياغ لها. فالشخص الذي لا يكون سلوكه مقبولا من طرف المجتمع، فإنه سلوكه يوصف بالسلوك المنحرف. فإذا كان هذا السلوك متعمدا وصف بأنه سلوك إجرامي وإذا كان الإنحراف غير متعمد وليس مدفوعا بدف تحقيق غاية معينة فهو سلوك مرضي. وإنطلاقا من ذلك فإن النقد الموجه للتصور البارسونزي إنصب حول هذه المسألة إنطلاقا من تعريف المرض بأنه عدم القدرة على أداء الأدوار الإجتماعية المعتادة. فهذا التحديد أمر صعب، لأن الأجناس والجماعات الحضارية المختلفة بل وحتى الأشخاص يختلفون فيما بينهم في قدرتم على تحمل الألم، تقبلهم وإدراكهم للأعراض المرضية. فالناس يعتبرون مرضى عادة عندما يتجاوز الإختلاف في حالتهم الصحية عن المعايير المتعارف عليها إجتماعيا لتحديد الحالة الصحية أو الطبية. [3]

و- **توجيهات الطبقة المتوسطة**: حسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" فإن دور المريض مرتبط بنمط سلوكي بالطبقة المتوسطة فقط، حيث ركّز على مسؤولية الأفراد ونضالهم حول الصحة والرجوع

(1) نفس المرجع، ص86.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 194-195.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص87.

لحالتهم الطبيعية. فهو يوجه ذلك إلى الطبقة الوسطى التي تفترض أن حل المشكلة العقلانية يعتبر السلوك المناسب لمواجهة الصعوبات. فهذا السلوك تكون نتائجه إيجابية، فهو لا يضع في إعتباره البيئة الفقيرة التي يعيش فيها بعض المرضى. فكثيرا من الأفراد الذين يعيشون في طبقات إجتماعية وإقتصادية منخفضة ومتدنية غالبا ما ينكرون دور المريض، ليس لأنهم لا يملكون الوسيلة المناسبة للممارسة مثل هذا الدور، ولكن الظروف المعيشية لا تسمح للفقير، حيث أنه لا يستسلم للمرض ويسعى إلى كسب قوته لكي يعيش حياته. وعليه فإن النموذج البارسونزي لم يضع في الحسبان البيئة الفقيرة التي تجعل المريض يشعر بأنه قادر على عمل بعض النشاطات من أجل ألا يموت من الفقر. (1)

1-2- تالكوت بارسونز Talcott Parsons **ودراسته لدور الطبيب:** إن من أهم المواضيع التي لقيت صدى كبيرا من الدراسة والإهتمام في علم الإجتماع الطبي هي موضوع دور الطبيب والمريض، حيث نجد في هذا الصدد عالم الإجتماع الوظيفي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" الذي ساهم بشكل كبير في تحديده لدور الطبيب والمريض وأهم العلاقة بينهما من خلال كتابه النظام الإجتماعي سنة 1951 بإبراز تصوره لمجموعة الحقوق والواجبات المرتبطة بدور كل من الطبيب والمريض، حيث أن المدخل البارسونزي في دراسته للدور الإجتماعي للطبيب إنما يمثل مدخلا "بنائيا وظيفيا، ينظر لدور الطبيب في ضوء الوظائف التي يضطلع بها في الحفاظ على نظام المجتمع وإستقراره".(2) فهذه الدراسة التي قام بها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" كانت لها أهميتها الكبرى في توجيه وتمهيد الطريق للكثير من الباحثين والمهتمين بالمجال الطبي من المنظور الإجتماعي. حيث يرى هذا العالم أن دور الطبيب يرتكز أساسا على المسؤولية التي تقع على عاتق الطبيب في تحقيق رفاهية المريض بالدرجة الأولى وتقديم له كل التسهيلات من أجل شفائه من مرضه. وهذا يتطلب منه مستوى عاليا من التخصص الدقيق في المعرفة الطبية بالإضافة إلى القدرة على فهم العلاقات الإنسانية التي تساعد المريض على الشفاء، حيث أن التخصص الإكلينيكي وحده غير كاف للوصول إلى علاج ناجح. وقد تكون الأسباب الرئيسية في ذلك هي قلة المعرفة الطبية، عدم قدرة النموذج البيولوجي وحده في تحديد كل العوامل المسببة للمرض. وأيضا إلى النقص في قدرة الطبيب على التحكم في سلوك المريض وفي الجوانب المختلفة للمرض منها مثلا الجوانب الإجتماعية والبيئية.(3)

لقد حدّد "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" خمسة عناصر يقوم عليها دور الطبيب تتمثل فيما يلي:

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 195.

(2) نفس المرجع، ص130.

(3) نفس المرجع، ص ص 64-65.

- **الكفاءة التقنية** Compétence technique : إن أهم محددات دور الطبيب نجد الكفاءة التقنية، حيث أنه "يبادر الطبيب بأداء الممارسة الطبية إنطلاقا من قواعدها الأساسية، وأن تكون مرشده الرئيسي في أداء الخدمة الصحية"[1]. فبالرغم من الدور المهني الذي يتميز به الطبيب، فقد سنّ الطب محتوى تقني، يمكن أن يظهر به إلى جانب العناصر الأخرى التي تحدد الإطار الخاص بالطبيب، حيث أن هذا الدور يجب أن يؤدى كما ينبغي وفقا للمعايير التي نحكم با. فإذا ما تمت هذه العملية بنجاح فإن السبب يرجع بالدرجة الأولى إلى كفاءات الطبيب.[2] ولهذا فإن الخبرة والمهارة الطبية مهمة جدا في قيام الطبيب بدوره الإجتماعي.

- **العمومية أو الشمولية** Universalisme: إن ثاني عنصر محدد لدور الطبيب حسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" هو العمومية أو الشمولية. وهي أحد الإتجاهات التي يسلكها الطبيب نحو مرضاه، حيث أنه "يجب أن يعالج كل المرضى بطريقة واحدة، وهذه الطريقة لا تعني وصف علاج واحد لهم ولكنها تعني أن ينظر الطبيب إلى كل المرضى على أنهم متساوون في الصحة والمرض ولا يفرق بينهم شيء كجنس أو مقدرته المالية".[3] فالعلاقة مع المريض إنما تحكمها قواعد مجردة مبنية على الكفاءة التقنية للطبيب وليست على العلاقات الشخصية.[4]

- **الخصوصية الوظيفية** Spécificité fonctionnelle: إن الخصوصية الوظيفية من أهم محددات دور الطبيب، ففي هذه الحالة "الطبيب هو إختصاصي في مجال أكثر دقة، محدد للصحة والمرض"[5]، حيث أن التخصص الوظيفي الذي يسهم في دوره الإجتماعي يبرز من خلال التخصص وتكون نشاطاته مقتصرة على الناحية الطبية وربما الإجتماعية. فلا يتوقع من الطبيب مثلا أن يكون خبيرا في الشؤون الدينية أو السياسية، ولهذا يشترط أن يكون هذا التخصص الوظيفي عاما وشاملا للعناية الطبية الكاملة. كما يجب أن يكون الطبيب دراية بتفاصيل كثيرة عن حياة المريض حتى يتمكن من مساعدته في الشفاء.[6] فمعرفة الجوانب الإجتماعية والنفسية للمصاب مهمة جدا في تحديد المرض ونجاح علاجه وحتى في إستمرار العلاقة طبيب-مريض.

- **الحياد العاطفي** Neutralité affective : إن أهم ميزات الدور الإجتماعي للطبيب هو الحياد العاطفي. فالطبيب عليه أن يتصف بالموضوعية ويسخر كل معرفته العلمية ومهارته في علاج المريض وشفائه. "إذ لا بد أن يعالج المشكلة الموضوعية في ضوء مصطلحات موضوعية يمكن تبريرها والبرهنة عليها علميا، فلا دخل إذن لعاطفة الطبيب نحو المريض -حبا أو بغضا- في دوره المهني. وكذلك فإن الموضوعية

(1) علي الميكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 129.

(2) François Steudler, Op. cit, P44.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص99.

(4) François Steudler, Op. cit, P45.

(5) Ibid, P 45.

(6) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص98.

المطلقة تتطلب منه ألا يفاضل في تعامله".[1] فهذه الصفة مفروضة عليه سواء أحب مريضا ما أو كرهه. فينبغي أن يتعامل مع كل المرضى بطريقة موضوعية خالية من العاطفة، فرفاهية المريض فوق كل الإعتبارات الشخصية، حيث أن "العلاقات مع المريض يجب أن تكون موضوعية وليست عاطفية. الطبيب له حق الكشف عن الحرمة الجسدية للمريض (...) فحياد الطبيب يضمن موضوعية العلاقة".[2] وبطبيعة الحال فإن "الحيادية إتجاه تخصصي يجب أن يسلكه الطبيب تجاه مريضه، فعلى الطبيب ألا يندمج عاطفيا مع المريض للدرجة التي تتحطم بها أحكامه الموضوعية للمرض، فحيادية الطبيب لا تعني أن يكون الطبيب غير حساس أو يتسم بالقسوة في معاملته لمرضاه ولكنها تعني أن يشارك المريض وجدانيا، ولكن في الوقت ذاته لا تصل هذه المشاركة إلى التعاطف معه وتؤدي إلى عدم وضوح أحكامه التكنيكية".[3]

- **التوجه نحو الجماعة** Orientation vers la collectivité: إن التوجه نحو الجماعة سمة من سمات الدور الإجتماعي للطبيب، حيث أن شغله الشاغل هو راحة المريض، على عكس المهن الأخرى، أين نجد محرك الربح هو المتعارف عليه. فإيديولوجية هذه المهنة تعتبر المتاجرة كشيء سلبي. ولهذا تؤكد أخلاقيات هذه المهنة على ضرورة التوجه نحو الجماعة.[4] ويعني ذلك أن الطبيب يضع في الإعتبار الأول مصلحة المريض قبل كل شيء قبل مصلحته الشخصية.ويسعى إلى رفاهية المريض والإستجابة لحاجياته بأسرع وقت ممكن، ويكون التعامل مع مشكلات مرضاه إنطلاقا من خبرته الطبية. فحسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" يكون الطبيب موجها دوره لخدمة الجماعة وليس لخدمة مصلحته الذاتية والشخصية. ولهذا فإن "سلوك الطبيب يحكم بقواعد عامة تحدد سلوكه وتصرفاته وهذه القواعد هي التي تحمي الطبيب والمريض معا".[5] ففي هذه الحالة دور الطبيب يتحدد من خلال مسؤوليته في توفير الشفاء والعلاج التام لمرضاه لتحقيق نوع من الضبط الإجتماعي في المجتمع.

ويمكن القول أن توقعات السلوك التي ينتظرها المجتمع من كل من المرضى والأطباء، تتمثل في درجة تعاون المرضى مع الأطباء هذا من جهة. ومن جهة أخرى ينتظر ويتوقع من الأطباء إستخدام كل خبراتهم، كفاءتهم ومهاراتهم المهنية في خدمة المرضى من خلال الكشف والتشخيص الجيد والتركيز على الفحوصات الطبية والتطلع على معلوماتهم الخصوصية. وهذه من السمات التي يجب أن يعرفها المريض، وهي خصوصيات وأسرار لا يصح لأحد من الأفراد الإطلاع عليها ما عدا الأطباء نظرا لمهنتهم التي تفرض ذلك، بشرط أن يتحلون بالتكتم على أسرار مرضاهم والمحافظة عليها أي السرية التامة والتحلي بالموضوعية في التعامل معهم.

---

(1) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص128.

(2) François Steudler, Op cit, P45.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص99.

(4) François steudler, Op cit, P45.

(5) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص98.

إستنادا على العناصر السابقة المحددة لدور الطبيب حسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" سوف نعالج الآن أهم الواجبات والحقوق لهذا الدور إنطلاقا مما سبق.

إن الطبيب لديه الكثير من المهارات يستطيع أن يستفيد منها في علاج الأمراض المختلفة، وعليه فإن أهم واجباته العمل على تحقيق رفاهية ومصلحة المريض والتمع قبل مصلحته الشخصية والمادية، وأيضا يفترض عليه أن يتصف بالموضوعية في تعامله مع المريض، حيث لا يحكم على سلوك المرضى بناءا على قيم وإتجاهات خاصة به، وإلا سوف يتصف بالعاطفية، وهذا يؤثر على قدرته في العمل. وأخيرا على الطبيب أن يلتزم بقواعد وقرارات ممارسة مهنة الطب.[1]

أما بالنسبة للحقوق المحددة للطبيب تتمثل أساسا في الحق في الإطلاع على أسرار المريض وفحص جسمه، ويستوجب المريض عن حياته الشخصية والجسمية. وفي هذا الصدد يبرز "باريتو Pareto" مجموعة من الأحاسيس التي يطلق عليها "تكامل الفرد" والتي تتمحور أساسا حول حرمة الجسد" التي لا يكشف عليه أحد. أما بالنسبة للتصور البارسونزي يسمي الإطلاع على أجساد الآخرين وتحسسها "إمتياز" يتمتع به الطبيب وحده في ضوء التمع وثقافته السائدة، لأن مهنة الطب تستلزم الوصول إلى المعلومات الصادقة عن الحياة الخاصة بالمريض. ويزداد الأمر حساسية عندما ندرك أن معظم الحقائق التي ترتبط بمشكلات الناس الصحية تقع في دائرة الحياة الخاصة التي لا يزعمون في الحديث عنها مع صديق أو زميل.[2] بينما يمكن الإفصاح عنها للطبيب. ولهذا فإن هذه المهنة تمنح للطبيب أكبر قدر من السلطة في عمله وفي علاقته مع العاملين معه، وأيضا يشغل الطبيب وضعا يمثل القوة والنفوذ في علاقته مع المريض.[3]

وكخلاصة لهذا العنصر فإن تحليل "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" لدور الطبيب "يشكل إطارا عاما لتوقعات هذا الدور وما يتضمنه من واجبات وحقوق وهو إطار أقره الكثير من علماء الإجتماع، وهو في نفس الوقت يتفق مع الدور المهني للطبيب في معظم التمعات إلا أن هذا الإطار يتعرض ولا شك لعوامل إجتماعية وعلمية وتكنولوجية تؤثر في تفاصيل متضمنات هذا الدور حتى وإن لم تؤثر في هيكله كإطار عام".[4]

ومنطلقا من الدور الإجتماعي للطبيب والمريض حاول "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" بناء نظريته البنائية الوظيفية في دراسة علاقة الطبيب بالمريض. وإستنادا على دراسته هذه حاول كثير من العلماء تطوير نظرية الدور الإجتماعي، وأكدوا بأن دور المريض داخل المستشفى يختلف عن دور المريض في العيادات الطبية، لأن المريض يقابل طبيب واحد عكس المستشفى. فالمريض يقابل عدة أطباء وبالتالي العلاقة

---

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 95.

(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص133.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص95.

(4) نفس المرجع، ص96.

تختلف. إذ أن دور المريض في المستشفى يكون غير إيجابي، فهو سلبي إلى حد ما. وهذا راجع إلى عدم إسهامه في العلاج، حيث يحدث نتيجة الظروف البنائية التي تؤثر على العلاقة بينه وبين طبيبه كروتينية الإجراءات في المستشفى، عدم الإهتمام بإمداد المريض بالمعلومات الكافية عن حالته.

فالعلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض حسب التصور البارسونزي بنيت على نموذج يسلم بإنتظام، إستقرار وإنسجام العلاقة بينهم، وإنطلاقا من ذلك تظهر العوامل التي تساعد على ثبات وإنتظام هذه العلاقة وكيف تكون مشاركة كل من الطبيب والمريض في الموقف الإجتماعي. وأيضا توقع سلوك الآخر من خلال هذا الموقف، إذ أن له أثر فعال في المحافظة على ثبات وإنسجام العلاقة بين الطرفين. وعليه فإن البعض من العلماء من إتخذ من هذه الدراسة منطلقا لدراسات أخرى في هذا المجال، وذلك بتبني نموذج العلاقة بين الطبيب والمريض من منظور الدور الإجتماعي لكلا منهما.

وبالرغم من الأهمية التي أبرزتها الدراسة البارسونزية للعلاقة بين الطبيب والمريض من خلال الأدوار الإجتماعية من منظور بنائي وظيفي، إلا أنها لقيت هجوما شديدا من طرف بعض العلماء المهتمين بدراسة المواضيع الطبية من الجانب السوسيولوجي.

لقد إعتبر "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" أن علاقة الطبيب بالمريض تتطلب توقعات سلوكية لكلا الدورين، وهي أدوار غير متساوية، حيث أن دور الطبيب يختلف عن دور المريض. فدوره يبرز من خلال تخصصه المهني، أما دور المريض فهو إعتماده على الطبيب وعلى خبرته في العلاج.

وبالرغم من ذلك إلى أن هذا التصور لقي نقدا، حيث أن معظم النقد الموجه في هذا المجال يشمل أهم التوترات والصراعات التي تكتنف العلاقة بين الطبيب والمريض والتي أغفلها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دراسته، حيث يعتبر "فريدسون E.Freidson" رائد في هذا المجال. وهو يرى بأن دراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست بعلاقات تكامل وتعاون متبادلين كما وصفت في التصور البارسونزي وإنما هي علاقات توتر، صراعات. فهذا التوتر ينشأ نتيجة المصالح المختلفة بين الطبيب والمريض وإختلاف التوقعات وإختلاف الوسائل التي يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه. فإنطلاقا من ذلك نجده ركّز على التوتر والصراع الذي يحدث بين الأطباء والمرضى، وحاول البحث عن أسباب ذلك. وفي الأخير توصل إلى جملة من المعطيات التي تحدد أسباب التوتر في العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تتضمن تناقض التوقعات. فحسب "فريدسون E.Freidson " فإن التوتر في العلاقات بين الأطباء والمرضى يتمثل في التوقعات المتناقضة التي يجدها الطبيب في سلوك المرضى.[1] ويعني ذلك أن الطبيب غالبا ما يتوقع من مريضه الطاعة وإتباع النصائح والأوامر، وقد يحدث العكس. مثلا إذا صادف الطبيب مريضا غير مطبقا لتعليماته، فإنه يصاب بالإحباط وخيبة الأمل، ويبدأ التوتر بينهما، الذي يكون نتيجة محاولة كل من الطبيب والمريض

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 113.

إستخدام أسلوب خاص به للتأثير على الطرف الآخر وعلى نتيجة الإستشارة الطبية. ففي هذه الحالة تعارض التوقعات يكون سببا من أسباب التوتر الذي ينشأ بين الطرفين، فالطبيب دائم الشكوى من المريض الذي يستشيره ويشخص مرضه خاصة إذا كان لا يطبق نصائحه. وفي نفس السياق فإن زيادة الوعي الصحي للمريض يدفعه إلى السعي للوصول إلى قرار بشأن علاجه، والعكس نجده عندما الطبيب لا يتوقع ذلك من هذا المريض لأنه في نظره يجب أن يقبل تشخيص وعلاج الحالة بدون توجيه إليه أية أسئلة، لأن الإقناع، المساومة والشك هم أسباب يعتمد عليها هذا الأسلوب. فالإقناع يقصد به أن المريض غالبا ما يحاول إقناع الطبيب بنوع العلاج المناسب له. في حين يحاول الطبيب إقناع المريض بضرورة إجراء الإختبارات المعملية لتحديد نوع العلاج المناسب. أما المساومة، فهي العملية التي يصل كل من الطبيب والمريض فيها إلى نوع من الإتفاق الودي بينهما. وبالنسبة للشك نجده في هذه الحالة، حيث أن الطبيب بالرغم من أنه يكون في أغلب الأحيان متأكدا من تحديد المرض وأسلوب العلاج إلا أنه يراوده الشك ويحاول متعمدا إظهار تردده وعدم تأكيده من تحديد نوع المرض. ونجد أيضا تركيز الطبيب على تفاعلات المريض من كل الجوانب وعدم إهمالها، حيث أن العمليات غير اللفظية لا تستخدم في ضبط الإستشارة فقط، وإنما تحدد ناية الإستشارة. وعموما فإن الطبيب غالبا ما يستخدم موقفه المسيطر في الإستشارة والتي ترجع إلى مكانته المتخصصة ومعلوماته. فقدرة الطبيب على التأثير في الإستشارة الطبية تعتمد على المستوى المعرفي والثقافي للمريض في المعرفة الطبية وفي التعبير عن مشاعره خاصة ما يتعلق بالمرض. [1]

أما بالنسبة للسبب الثاني في وجود التوتر بين الطبيب والمريض فيتمثل في إختلاف الرأي بينهما، حيث أن الصراع في العلاقة بين الطبيب والمريض يكون نتيجة إختلاف في الرأي. وقد يظهر هذا الصراع في الحالة التي يحاول المريض فيها فهم ما يقوله الطبيب حسب منظوره العادي أو حينما يحاول المريض أن يشخص مرضه حسب ما هو شائع عند الأغلبية. وبالتالي يظهر التوتر بسبب شكوى الأطباء من المعيار غير المتخصص الذي يعتمد عليه الأفراد في إختيار أطبائهم. وفي هذا المنوال يشير "فريدسون E.Freidson" إلى التوتر الذي ينتج بسبب إختلاف الطرفين في الرأي، إما حول تشخيص المرض أو علاجه. فرغم موافقة المرضى على أن الأطباء أكثر تمتعا بالخبرة الفنية والتخصص، إلا أنهم يحاولون تقييم، تشخيص وعلاج مرضهم من وجهة نظرهم. وهنا يحدث الإختلاف بين تقييم كل من الطبيب والمريض للحالة المرضية، وهذا نتيجة إختلاف نوع المعرفة الطبية والخبرة الشخصية. [2]

وقد نجد أن أهم أسباب الإختلاف بين الطبيب والمريض هو الإهتمامات المختلفة لكل منهما. فالمريض يهتم بعلاج حالته المرضية ويحاول التحدث طويلا مع الطبيب ومناقشة مشاكله في الوقت الذي يهتم فيه الطبيب بمحاولة التوازن بين الإحتياجات المنافسة لعدد كبير من المرضى. وفي هذه الحالة الطبيب

(1) نفس المرجع، ص 114.

(2) نفس المرجع، ص 117.

يقع في صراع وتصادم بين واجباته كطبيب وحقوقه التي أقرها له المجتمع. وقد يحدث التوتر أيضا نتيجة إختلاف تقييم كل من الطبيب والمريض لمدى خطورة الحالة المرضية. فهذا الإختلاف راجع إلى الإختلافات الثقافية الموجودة بين الطرفين. وإلى قلة الوعي الصحي لدى المريض وعدم قدرته على وصف حالته الصحية.

وفي نفس السياق، نجد سبب آخر للتوتر الموجود بين الطبيب والمريض يتمحور حول أسباب تتعلق بإنجاز الطبيب لدوره، حيث أن صراع دور الطبيب يخلق توتر في العلاقة بينه وبين مريضه. فطبيعة الإحتكاك الإكلينيكي (الطبي) بينهما طبيعة فردية من الدرجة الأولى، حيث أن حضور المريض إلى الطبيب لحل مشكلة ما يجعله يتوقع منه عمل أي شيء إزاء حلها. وهذا يختلف عن مقدرة الطبيب، لأنه أحيانا لا تسمح له التكنولوجيات المتوفرة والمناسبة بحل مشكلة المرضى إذا تعلق الأمر بمشكلة طبية. أما المشاكل غير الطبية التي يحاول المريض التخلص منها، فهي تخلق الصراع لدى الطبيب، لأنه في هذه الحالة يتوقع منه الإعتناء بالمريض من الناحية الإنسانية والتعاطف معه. فهذا التوقع عن الواقع يؤدي غالبا إلى حدوث صراع وتوتر بين الطرفين. وأيضا الطبيب يواجه ضغوطا في محاولة التوفيق بين إهتماماته بالنسبة لمريض واحد وإهتماماته بالنسبة لمجموعة من المرضى كجماعة. هذا من ناحية العناية وتوزيع بعض المصادر النادرة كوقته، مهاراته والموارد المستخدمة في الكشف والتجهيزات الطبية على عدد كبير من المرضى. وتعتبر محاولة الطبيب عمل موازنة بين مسؤولياته كطبيب وبين مسؤولياته الخاصة من أهم عوامل ظهور الصراع في علاقته بمرضاه. وكما أن عدم قدرة الطبيب على التفاعل السليم مع مرضاه نتيجة نقص في إجراءات المقابلة المنظمة من أهم العوامل المؤثرة في العلاقة بين الطرفين وإحداث التوترات. فعدم قدرة الطبيب على توجيه أسئلة كافية للمريض من أهم أسباب حدوث التوتر لأن معظم الأسئلة ذات نمط مميز ومحدود في المعلومات التي يحصل عليها منه. وهذا أيضا يؤدي إلى نقص أهمية المعلومات المتحصل عليها من المريض، الذي يوجه الكثير من الأسئلة للطبيب. ففي بعض الأحيان الأطباء يتهربون من هذه الأسئلة، ولهذا فإن كل العوامل المحددة للصراع في دور الطبيب تؤدي إلى صراعات وتوترات في علاقة الطبيب بالمريض.

وآخر نقد هو يندرج حول أسباب تتعلق بإنجاز المريض لدوره. إذ نجد أن هناك أسباب أخرى تؤدي إلى توتر العلاقات بين الأطباء والمرضى، تتمثل في كيفية إنجاز المريض لدوره، وهذا في حالة عدم طاعة المريض للطبيب والتعاون معه. فهذا الفشل في متابعة التعليمات الطبية أحد أسباب التوتر التي تحدث بينهما. وقد يكون ذلك نتيجة النسيان أو نقص فهم المريض النصائح وإلى عدم رغبة المريض في تغيير نمط حياته. فتوصيات الطبيب للمريض بتنفيذ نظام الوجبات الغذائية وتجنبه التدخين تتطلب منه تغيير لنمط حياته المعتاد عليه، وغالبا ما تنعدم لدى المريض الرغبة في تغيير هذا النمط.[1]

(1) نفس المرجع، ص ص 118- 122.

2- نماذج **العلاقة طبيب- مريض حسب كل من سزاس وهولندر** Szasz et Hollender :

لقد فتحت الدراسة التي قام بها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" المجال أمام الكثير من العلماء في تطوير التفسير البنائي الوظيفي للعلاقات بين الأطباء والمرضى. وفي هذا الصدد العالمان "سزاس و هولندر Szasz et Hollender" قدما ثلاثة نماذج رئيسية للعلاقات بين الأطباء والمرضى، والتي إتسمت بنموذج الإيجابية والسلبية، نموذج الإرشاد والتعاون ونموذج المشاركة المتبادلة. وهذه النماذج تعتمد بالدرجة الأولى على نوع المرض، طبيعته والعلاج المقرر من طرف الطبيب، حيث أن هذين العالمان حاولا تطوير التصور البارسونزي وتطبيق نماذج العلاقة بين الطبيب والمريض على الأمراض القابلة للشفاء والأمراض غير القابلة للشفاء، تطوير فكرة الدور الإجتماعي والتركيز على ردود أفعال المرضى إتجاه أطبائهم. وتوصلا إلى أن "سلوك المريض إما أن يكون سليما يتحلى بالطاقة التامة وإما أن يكون سيئا يتميز بالمقاومة، فالمعروف أن الفرد الذي إعتاد الضبط والتنظيم يكون أكثر إيجابية في تفاعله مع الطبيب بخلاف الفرد الذي إعتاد السلبية (...) فالتنبؤ برد فعل المريض تجاه طبيبه يتوقف بالتأكيد على بعض المتغيرات الشخصية كالخبرات السابقة والتوقعات وعلى المدة التي يقضيها داخل المستشفى". (1)

إن العالمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" أكدا بأن هناك ثلاثة نماذج للعلاقات بين الأطباء والمرضى والتي سوف نتطرق إليها كما يلي:

النموذج الأول: علاقة الإيجابية/ السلبية: يعتمد هذا النوع على الإيجاب من طرف الطبيب والسلب من طرف المريض، أي أن الطبيب يكون إيجابيا في هذه العملية من حيث التكفل المكثف بالمريض وإخراجه من قوقعة الموت. بينما المريض يكون سلبيا في التفاعل والعلاج يجرى له دون إعطاء أي إعتبار لإسهامه في هذا النموذج، والذي يتميز بأن المريض في هذا النمط سلبيا لأنه لا يكون قادرا على المساعدة في عملية التفاعل خاصة إذا كان جريحا أو في غيبوبة. بينما الطبيب يكون ذو فاعلية وإيجابية، لأنه يقوم بإجراءات العلاج دون أن يضع في إعتباره مساهمة المريض. فالطبيب هو العامل الفعال بعكس المريض الذي يمثل في هذه العلاقة العامل السلبي. وهذا النوع غالبا ما ينتشر عند كبار السن والأطفال. (2)

إن دور الطبيب في هذا النمط دور فعال جدا، حيث يتحدد من خلال عمل شيء ما للمريض لإنقاذه ومساعدته على إجتياز الأزمة. بينما يقتصر دور المريض على التلقي، فهو غير قادر على الرد. (3) فهذا النمط ينطبق في الحالات الخطيرة جدا كالغيبوبة، الإصابات الخطيرة، النزيف الدموي، الجراحة....الخ. ففي هذه الحالة المريض لا تكون له القدرة على الحركة والكلام، وعاجز على مساعدة نفسه وهو غير واعي كليا عما أصابه. فهو مستسلما للطبيب وللعلاج دون أن يقوم بمساعدة لذا إتسم بالسلبية. ففي "مثل

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 92.

(2) نفس المرجع، ص ص 107-108.

(3) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص ص 137-138.

هذه المواقف يكون المريض في حالة عجز شديد عندما يتولى الطبيب أمر العناية به طبيا في ظروف تتطلب إستخدام المسكنات أو التخذير، ويكون المريض خاضعا خضوعا تاما للطبيب، وليست له أية مشاركة إيجابية في عملية العلاج".[1] وفي حالة الجراحة، فإن كثير من البحوث أثبتت إيجابية المريض في هذه العملية، إذ أنه يكون على علم بما سوف يحدث له في العملية الجراحية. ومن الممكن أن يكون له دور إيجابي بعد إنتهاء العملية، حيث تساعد إيجابيته على الإسراع في إتمام الشفاء بعد الجراحة، وهذا ما كشفت عنه بعض الدراسات في هذا المال، مما دعا بعض الأطباء إلى إعطاء المريض قبل إجراء العملية فكرة عنها وما يحيط بها من آلام وما يلزم لمواجهتها. وبذلك يغيرون موقفه من السلبية التامة إلى الإيجابية، حيث يتم تخدير المريض لضمان سلبيته التامة أثناء إجراء العملية ولا تظهر إيجابيته إلا بعد إنتهاء الجراحة وأثناء مراحل أخرى من مراحل العلاج. [2]

وفي هذا الصدد، فإن هذا النمط من العلاقة يشبه نمط العلاقة الموجودة بين الوالدين والطفل الصغير خاصة الرضيع، فالأب أو الأم يمثلون الإيجابية والطفل الصغير يمثل السلبية، لأنه يعتمد كليا على والديه.

النموذج الثاني: علاقة الإرشادية/ التعاونية: إن هذا النوع من العلاقة يعتمد على الإرشاد والتعاون. فالطبيب يتميز بالإرشاد والتوجيه، أما المريض دوره التعاون مع الطبيب. وغالبا ما يطبق هذا النمط من التفاعل في الحالات التي يكون فيها المريض أقل خطورة عن الحالة السابقة، مثلا في حالة الأمراض المعدية، التعب الشديد، الأمراض الحادة والإضطرابات المرضية الشديدة، لأن الشخص يكون على وعي تام ويدرك ما يقال له من طرف الطبيب. وأيضا تكون له القدرة على إستيعاب وتنفيذ نصائح الطبيب والتعاون معه. في هذا النوع من العلاقات الطبيب يقدم النصائح والأوامر للمريض، والذي بدوره ينفذها من أجل الوصول إلى حالة صحية متحسنة. وهذا النموذج يشبه إلى حد ما علاقة الآباء بأولادهم في سن المراهقة. فالمريض في ذلك النمط من التفاعل يوافق تماما على كل نصائح الطبيب، لأنه في حالة وعي تجعله يبحث عن أية مساعدة من أجل الشفاء والرجوع إلى حالته الطبيعية. وهو لذلك يتعاون مع الطبيب من أجل إنجاز هذا الهدف، وبالرغم من ذلك فإن الطبيب يكون أكثر تفاعلا من المريض الذي تظهر عليه تفاعلات فقط من خلال محاولته قبول نصائح الطبيب، إلا أنه أقل سلبية من النوع السابق، لأنه على الأقل يكون مطيعا لكل أوامره،[3] حيث يتوقع منه أن يدرك جيدا دور الطبيب ويدرك جيدا دوره في تتبع النصائح الطبية للمساهمة في العملية العلاجية.

فالنمط الثاني يكاد يشبه النمط الأول، وهذا في القوة التي يمارسها الطبيب على المريض، حيث أنا تظهر بشكل قوي في النمط الثاني عكس النمط الأول الإيجابية/ السلبية. فالطرف الأقوى وهو الطبيب يمثل

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 114.

(2) نفس المرجع، ص 115.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 108-109.

الإرشاد، التوجه وقيادة الموقف لكي لا يكون صراع قائم في هذه العلاقة. أما المريض دوره تنفيذ نصائح الطبيب دون مناقشة ومعارضة. وبالرغم من ذلك، فإن كلا من الطبيب والمريض يشاركان في ذلك التفاعل، إلا أن الطبيب يمثل بناء القوة الأعلى في هذا النموذج، لأنه يملك المعلومات الطبية والخبرة التي تبنى عليها أحكامه والتي على أساسها يوصف العلاج. أما المريض فدوره في هذا التفاعل ثانوي، لأنه يتقبل أوامر الطبيب إعتقادا منه أنا ستوصله إلى حالة أفضل. وعليه فإن دور الطبيب هنا يتمثل في الإرشاد، أما دور المريض فيتمثل في التعاون مع الطبيب وطاعته. إذا فتعاون المريض يرجع إلى طبيعة مرضه، وعيه وحاجته إلى العلاج.[1] ولذلك يعتبر دور الطبيب مكملا لدور المريض ودور المريض مكملا لدور الطبيب لقيام التفاعل الإجتماعي في العملية العلاجية.

النموذج الثالث: علاقة المشاركة المتبادلة: هي ثالث نمط من أنماط التفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى. وغالبا ما نجد هذا النمط في حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم، القلب والطب النفسي. وهي الأمراض التي تتطلب مشاركة متبادلة بينهما من أجل التحكم في المرض. فالمريض يشارك الطبيب في تنفيذ أوامره والطبيب يساعده،[2] حيث يتطلب من المريض أن يكون على إتصال دائم بالطبيب وهو الذي يقوم بعلاج ذاته طبقا لتعليمات طبيبه. ولذلك فإن هذا الشكل غير ملائم للأطفال أو المرضى ذوي العجز العقلي أو الأفراد ذوي المستوى التعليمي المنخفض. فالتفاعل في هذه الحالة شبيه بالعلاقة بين الشباب الذين يملكون معرفة خاصة وبين الشباب الذين يحتاجون إلى تلك المعرفة. ويطلق البعض على هذا النموذج إسم نموذج التعاون الكامل، تعاون كل من الطبيب والمريض من أجل بلوغ هدف معين وهو الوصول إلى حاجة طبيعية للمريض. أي أن مسؤولية الطبيب تتمثل في مساعدة المريض لكي يستطيع مساعدة ذاته، والذي يفترض عليه أن يكون قوي الإرادة لتحقيق سبل العلاج.[3] مثلا في حالة الأمراض المزمنة فإن المريض يقوم بتنفيذ برنامج علاجي تحت إشراف الطبيب الذي يصمم خطة علاجية لمريضه تتماشى مع خصائصه الديموغرافية، الإجتماعية والإقتصادية. ومكن أن تكون التعليمات دورية من الطبيب، بشرط إستشارته في بعض المواقف لتفادي المضاعفات الخطيرة أو لإقتراح تعديل مثلا في نسبة الأنسولين في حالة داء السكري. ولهذا فالطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه بنفسه، لإتمام العلاج ونجاحه. وأيضا هو بحاجة إلى المريض الذي بدوره هو بحاجة إلى الطبيب. ففي حالة داء السكري مثلا يحتاج المريض إلى خبرة الطبيب، وكذلك يحتاج الطبيب منه أن يراقب مستويات السكر في الدم وأن ينظم طعامه من حيث النوع والكمية، وأيضا أن يغير جرعة الدواء من أقراص أو أنسولين عندما يلزم ذلك.[4] ولهذا فإن دور

---

(1) نفس المرجع، ص 109.

(2) François Steudler, Op cit, P 46.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص109-110.

(4) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص 278.

الطبيب يكمل دور المريض وحاجة كل واحد للآخر، لأن العلاج يفرض تعاون الإثنين معا مشاركة متبادلة بين الطرفين.

وكخلاصة للنماذج الثلاثة السابقة من أنماط التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض، يمكن القول أن كل نموذج تتكامل فيه وسائل إرضاء وإشباع الحاجيات النفسية للطبيب وأيضا للمريض، وهذا ما يساعد على إستقرار مؤقت لكل نمط حسب فترة العلاقة والعلاج.

وقد تعرض هذا الطرح إلى عدة إنتقادات بإعتبار أن علاقات التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض هي علاقات غير نائية يمكن القيام بأنواع أخرى من العلاقات الإجتماعية. إذ أنه يظهر نمط العلاقة الذي يفضله الطبيب في التعامل مع مريضه حتى ينجح في العلاج، وهذا بالرغم من أن التصادم في الممارسة بين الطبيب والمريض يتعرض دائما للتفاوض بينهما. ويرى البعض بأن هناك نمط رابع للعلاقة بدلا من ثلاثة نماذج، وهو أن المريض يساعد ويرشد، بينما الطبيب يتعاون، وذلك حينما يفي الطبيب بتوقعات المريض. فيصف له الدواء، يلبي الإستشارة ويقدم النصح والإهتمام .[1] ولذا فإن الأنماط الثلاثة السابقة هي "أنماط للعلاقات التي يرغب الأطباء في قيامها بينهم وبين المرضى في مختلف الحالات المرضية وفقا لنوعيات الأمراض المختلفة". [2] ونتيجة لذلك نجد صراع، توتر، المساومة والتفاوض يحدث عندما يحاول الأطباء إقامة علاقة من هذه الأنواع.

وفي هذا الإطار يرى "فريدسون E.Freidson" أن أنماط التفاعل التي تحدث عنها العالمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" لا تمثل كل أنماط التفاعل بين الأطباء والمرضى، إذ أن هناك بعض الإحتمالات الأخرى التي يمكن أن تحدث في هذا التفاعل.مثلا في نموذج التعاون المريض يكون مرشدا وموجها إنطلاقا من المعلومات التي يقدمها، بينما الطبيب هو الذي يتعاون معه وينفذ كل ما يقوله له. مثلا يقول له أوصف لي هذا الدواء، أمنحني وصفة لإجراء التحاليل الطبي.....الخ. وهذا ما نصادفه نحن في واقعنا اليوم، حيث أننا نطلب من الأطباء وصف لنا دواء معين مخالف للدواء الآخر ونطلب منهم إعطائنا وصفة طبية لإجراء التحاليل الطبية أو الذهاب إلى أخصائي في مرض معين. يعني مما سبق ذكره أنه في نموذج الإرشاد/ التعاون يصبح الطبيب هو المساعد للمريض.

وفي نمط السلبية والإيجابية يكون فيها الطبيب إيجابي والمريض سلبي يمكن أن يكون عكس ذلك، فالمريض يصبح إيجابي والطبيب سلبي، في حين الطبيب يكون سلبي يقوم بتنفيذ طلبات المريض، فمثلا المريض لديه فكرة عن مرضه فهو لا يشعر بأنه بحاجة إلى خبرة الطبيب لكشفه، بل يكتفي في هذه الحالة المريض بتعاون الطبيب معه وتقديم له العلاج المناسب فقط.[3]

---

(1) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 139.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 116.

(3) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 111-112.

أما بالنسبة "لتيودور ميلون Théodore Million" فقد ربط بين الأنماط الأساسية الثلاث للعلاقة بين الطبيب والمريض وبين الخصائص النفسية للطبيب، حيث يرى بأنه في حالة نموذج العلاقة الإيجابية/ السلبية، الطبيب يكون في موقع السيطرة التامة على الموقف، وهو بذا يشبع حاجته للسيطرة ويساهم في تغذية شعوره بالتفوق. وفي الوقت يتطلب من الطبيب ألا يتعامل مع المريض على أنه شخصا معينا، بل إعتباره مريضا.

وفي نموذج العلاقة التوجيه/ التعاون، فإن الوضع لا يختلف عما عليه في نمط العلاقة الإيجابية/ السلبية، حيث أن العلاقة في هذه الحالة تميل نحو العلاقات الشخصية التي تراعي فيها شخصية المريض. وفي نفس الوقت علاقات تزيد وتشبع غرور الطبيب وشعوره بالتفوق.

وإذا تطرقنا إلى النموذج الثالث من العلاقة، وهي نمط العلاقات المتبادلة بين الطبيب والمريض، فالعلاقة تتميز بدرجة عالية من التعاطف وبإرتباط عناصرها بإنطباعات الصداقة، الزمالة وتقديم النصائح والخبرات. فالطبيب في هذا النمط يساعد المريض على مساعدة نفسه. ولكن إشباع الحاجات النفسية للطبيب لا تتم في هذه الحالة من خلال الشعور بالقوة والتأثير على الآخرين وإنما لا بد وأن يكون مشتقا من مصادر للقوة أكثر تجريدا من هذا، وإن كانت هذه المصادر لم تحظ بعد بالدراسة والفهم. (1)

وعليه فإن دراسـة كل من "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"و العالمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" ساهمت في إثراء المعرفة في هذا المجال وفتح أبواب جديدة للدراسة في علم الإجتماع الطبي، وهذا بالرغم من النقد الموجه لهذه الدراسات.

المطلب الخامس: العوامل المؤثرة في العلاقة بين الطبيب والمريض:

إن العلاقة بين الطبيب والمريض تحكمها عدة إعتبارات، والتي سوف نتطرق إليها من خلال كل عنصر كما يلي:

1 - **طبيعة المرض**: قد تتأثر العلاقة بين الطبيب والمريض بطبيعة المرض ومدى خطورته، حيث أن المريض في هذه الحالة يكون في حالة ضعف مستسلم لكل القوى. وفي هذا الصدد تشير الباحثة فوزية رمضان أيوب في كتابا دراسات في علم الإجتماع الطبي أن "ما يعانيه المريض من ألم وخوف يزيد من إستسلامه للطبيب، وطاعته لأوامره، وفي نفس الوقت فإن خطورة الحالة المرضية تزيد من إهتمام الطبيب بالمريض وتكثف من رعايته الطبية له".(2) وأحسن مثال عن ذلك هو حالة الغيبوبة التي يفقد فيها المريض كل قواه والسيطرة على مرضه. ويركز الطبيب على العناية الطبية لإخراج مريضه من الغيبوبة.

---

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 118.

(2) نفس المرجع، ص 109.

2- **الحالة النفسية للمريض والطبيب:** إن الحالة النفسية للمريض الممزوجة بالخوف، القلق والتوتر تؤثر في العلاقة بينه وبين الطبيب. فالمريض ينشغل بمرضه فكريا، لأن أعراض المرض تجعله يشعر بالقلق والألم مما ينفذ صبره، ويصبح أقل صبرا وحكمة في التغلب على نفسه. ويكون "بحاجة إلى الطبيب، وهو في موضع الضعف والطبيب في موضع القوة (...) من هنا كانت نظرة المرضى إلى الأطباء مزيجا من الإحترام والرهبة ومن الرغبة في الإعتماد عليهم وكراهية ذلك في الوقت نفسه".[1] فالفرد المريض يريد من طبيبه أن يكون متفهما لمشاعره، ذو صدر رحب، لأنه بالنسبة له هو الوسيلة الفعالة لعلاج مرضه، يعطي له أكبر قدر من الوقت للإستماع له حتى عن مشاكله اليومية. بالإضافة إلى ذلك لا بد أن يشفيه من كل الأمراض التي يشكوا منها سواء كانت حقيقية أو خيالية. ونتيجة لذلك، يعيش المريض مع مرضه فترة وجيزة في حالة الأمراض غير المزمنة، بينما الطبيب فمهنته كطبيب تفرض عليه أن يعيش معانات وآلام جميع الناس، فهذا يحتم عليه أن يعاني عبئا نفسيا وجسميا في حياته اليومية. لذا يتطلب عليه أن يمارس مهنته ويؤدي دوره كمحترف بصورة موضوعية بعيدة كل البعد عن العوامل الذاتية والعواطف، وكل ممارسة لا تكون كذلك تجعله أقل فعالية وتأثيرا. وأكثر تعرضا لإصدار قرارات خاطئة. إضافة إلى العبء النفسي والأثر العميق الذي تتركه هذه الأمور على شخصيته. [2]

3- **إختلاف مفهوم المرض عند كل من الطبيب والمريض:** إن المرض ونوعه يختلف في مفهومه بالنسبة للطبيب والمريض، فكل واحد من الطرفين له نظرة معينة حوله. فالأطباء يرون المرض من خلال خبراتم الطبية، تدريبهم المهني ومعرفتهم العلمية، بينما رؤية المريض للمرض تنطلق من الأعراض التي يدركها، وبحاجته إلى مواجهتها وبمدى إستعداده ثقافيا وإجتماعيا لفهم طبيعة هذه المشكلة. وغالبا ما يكون تشخيصه لمرضه خاطئا ومختلفا عن تشخيص الطبيب، ولهذا فهو ينزعج وأحيانا يحاول تقبل وضعه هذا، فيلجأ إلى عدة أطباء لتبرير موقفه. وهكذا تحتك الثقافة المهنية المتخصصة مع الثقافة غير المتخصصة من خلال علاقة الطبيب بالمريض".[3]

4- **المستوى التعليمي للمريض:** يعتبر المستوى التعليمي للمريض من أهم المؤثرات على العلاقة بين الطبيب والمريض. فغالبا ما يواجه الطبيب صعوبات أثناء تفاعله مع المرضى، خاصة ذوي المستوى التعليمي المنخفض، لأنم لا يستطيعون وصف حالتهم المرضية. وبالتالي الوصف الخاطئ للأعراض يؤدي حتما إلى تشخيص خاطئ. كما أن الطبيب يجد مشاكل في تعليم المريض الأمي مثلا كيفية إستخدام الدواء وأوقاته خاصة إذا كان الدواء معقد نوعا ما. وعليه نقول أن المستوى التعليمي له تأثير كبير جدا في بناء العلاقة بين

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 122.

(2) نفس المرجع، ص 123.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 109.

الطبيب والمريض.

5- **الطبقة الإجتماعية للمريض**: أكدت بعض الدراسات أن الأطباء عند محاولتهم خلق علاقات إجتماعية مع مرضاهم فإنهم يواجهون صراعات، وذلك نتيجة للأدوار والأهداف التي "تتأثر بأنماط العلاقات التي يرغب كل من الأطباء والمرضى في خلقها من جانب، وتتأثر من جانب آخر بالظروف الإجتماعية التي تحيط بموقف كل منهم وبالوسائل التي يلجأ إليها كل منهم لتحقيق أهدافه والحد من الصراع". [1]

وهذا ما أكدته الدراسات المنجزة في هذا المجال، خاصة الدراسة التي قام بها كل من كارت ورايت وأوبريت Cart wright et Obriten واللذان أكدا أن العلاقة بين الطبيب والمريض تتأثر بالوضع الطبقي للمريض، فالطبقة الإجتماعية هي مجموعة من الناس يتساوون تقريبا في بعض الخصائص[2]، حيث توجد عدة معايير لقياس الطبقة الإجتماعية منها الدخل، المهنة، الإسكان، منطقة الإقامة، مستوى المعيشة والتعليم. فالمهنة عنصر هام وأساسي في تكوين الطبقة الإجتماعية، إلى جانب الدخل الذي يتوزع بين أفراد المجتمع توزيعا غير عادلا. [3] وفي هذا الصدد يمكن تقسيم الطبقة الإجتماعية إلى ثلاثة أقسام وهي الطبقة الإجتماعية العليا وهي طبقة الأغنياء، الطبقة المتوسطة والطبقة الدنيا وهي طبقة الفقراء. وحسب الباحثين السابقين فإن العلاقة بين الطبيب والمريض تتأثر بالطبقة التي ينتمي إليها هذا الأخير، حيث أن الطبيب يكون أقل تحدثا، تعاطفا وتفاهما في علاقته مع المريض الذي ينتمي إلى الطبقة العاملة، عكس المريض الذي ينتمي إلى الطبقة المتوسطة. فالأطباء والمرضى ينتمون غالبا إلى بيئات ثقافية مختلفة مما يؤثر على العلاقات فيما بينهم وعلى مواقف إجراء الكشوف والإستشارات الطبية.[4]

6- **صورة المريض لدور الطبيب**: قد تكون لدى المريض صورة عن الدور الإجتماعي الذي يقوم به الطبيب وحتى عن الأساليب المستخدمة لعلاج المرض. وهذا تماشيا مع التوقعات السلوكية المنتظرة لهذا الدور المحدد من طرف المجتمع. فهذه الصورة تبرز من خلال الثقافة التي ينتمي إليها المريض وخبراته حول الأطباء. فالمرضى غالبا ما يسعون لكشف مدى إهتمام الطبيب بهم، محاولة السماع لشكواهم وإستغلال الوقت الكافي. وأيضا في مدى مهارة الطبيب في تشخيص المرض بأسرع وقت ممكن ووصف العلاج اللازم، وهذا يخلق ثقة كبيرة عند المريض ويصبح الطبيب في نظره هو الطبيب الناجح والعكس صحيح إذا خيّب أمله. كما هو معروف بالعامية وفي حياتنا اليومية يقولون بأن "هذاك الطبيب شاطر". فهذه التصورات التي يرسمها المرضى في أذهانهم لدور الطبيب تؤثر في العلاقة بينهما. فمن خلالها يحاول المريض

(1) نفس المرجع، ص 116.

(2) إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص 363.

(3) حسين عبد الحميد رشوان، مرجع سابق، ص 312.

(4) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 117.

تقييم قدرات الطبيب ومؤهلاته المهنية، ومقدار ما يوجد من تقارب بين هذه التوقعات وبين ما يراه أو يشعر به من خلال علاقته به. وقد يؤثر ذلك في إستمرار هذه العلاقة، في نوعيتها وفي إلتزام المريض بأوامر الطبيب في العلاج.[1] ومن هنا تبرز أهمية إهتمام الطبيب بالمريض كإنسان وبجوانبه الإجتماعية المحيطة به لبناء علاقة إنسانية سليمة تساعد في الشفاء.

7- **الإتصال بين الأطباء والمرضى:** إن الإتصال هو أساس بناء العلاقة بين الطبيب والمريض. ويتجلى في كيفية تبادل المعلومات بين الطرفين، إرسال وإستقبال الرسائل المعلوماتية، سواء كان شفهيا أو غير شفهيا، حيث أن له أهمية كبيرة في تشخيص المرض وعلاجه. فكلما كان الإتصال جيد وفعال كلما تحسنت العلاقة بين الطرفين وزادت الثقة بينهما. وفي هذا الصدد ترى فوزية رمضان أيوب أن من أمثلة كيفية وأسلوب الإتصال نجد أسلوب إنصات الأطباء لشكوى المرضى، مع إستجوابم حول بعض الأمور عن طريق لائحة من الأسئلة، ويفترض على الأطباء تركيز الإهتمام بالجوانب الطبية ومشاكل المرضى ومعرفة مراحل حياتم السابقة أي الإهتمام بالجوانب الإجتماعية.

ونجد أيضا تأثر الأطباء والمرضى بإفتراضات قيمية حول السن، مراحله المختلفة والجنس...الخ، والتي ترجع إلى التكوين الإجتماعي لكل منهم وإلى القيم الإجتماعية التي يؤمنون با. وهي في نفس الوقت تؤثر في علاقات الأطباء والمرضى وفي العلاج بإعتبارها مواقف إحتكاك إجتماعية تتأثر بالخصائص الشخصية للأفراد المشاركين فيها. ويجب على الطبيب توضيح وشرح عملية نظام تناول الأدوية خاصة إذا تعلق الأمر بتناول عدة أدوية في اليوم وفي وقت واحد، لأن المرضى يختلفون في درجة الإستيعاب وأن الخطأ في كيفية تناول الأدوية يؤدي إلى الهلاك وحتى إلى الموت. فهذه العملية مهمة جدا في نجاح أو فشل العلاج.

فطبيعة حالة المرض وطبيعة عمل الطبيب يفرضان نفسهما على طبيعة الإتصال بين الطرفين، حيث أن تصور المرضى لمرضهم، لنتائجه وإحتمالات الشفاء يختلف عن تصور الأطباء للمرض بحكم معرفتهم الطبية والمهنية. وقد يكون الأطباء في حيرة من أمر المرضى ويترددون بشأن العلاج. ففي هذه المواقف يكون الإتصال بين الأطباء والمرضى عملية دقيقة، وفي بعض الحالات يحتاج العلاج إلى إتصال حاسم ورأي قاطع بين الطبيب والمريض. مثلا في حالة إجراء عملية جراحية أو غير ذلك من الحالات الصعبة التي يقترحها الطبيب. فالمريض إما أن يوافق أو لا يوافق، وقد يحاول هذا الأخير مناقشة الطبيب وإستضاح بعض الجوانب الغامضة عن هذا الموقف. وفي حالات أخرى يحتاج العلاج إلى جهد مكثف لإقناع المريض بإتباع أسلوب معين مثلا في التغذية، الحمية الغذائية أو في إستخدام أدوية كإستعمال الأنسولين في حالة داء السكري.[2]

---

(1) نفس المرجع، ص 109.

(2) نفس المرجع، ص ص 112-113.

وفي بعض الحالات يفضل الأطباء إشتراك المرضى في تتبع حالتهم الصحية خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب. ومن أجل ذلك يعملون على نقل بعض الخبرات والمعلومات الطبية إلى مرضاهم لمساعدتم في ضبط المرض وإيجاد توافق بين حالتهم المرضية وجوانب أخرى لحياتم. وعليه فإن جميع حالات الإتصال بين الأطباء والمرضى تتأثر في أسلوبا وفعاليتها بالخصائص الشخصية لكل من الطبيب والمريض وأهمها السن، الجنس، المستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي.

8- **الإختلاف الموجود بين الأطباء**: يعتبر إختلاف الأطباء فيما بينهم من خلال قدراتم ومهاراتم الطبية وغير ذلك، من الأمور المؤثرة في بناء العلاقة بين الطبيب والمريض. فهذا الإختلاف بين الأطباء فيما بينهم حول معاملتهم للمرضى وتقييمهم للجوانب الإجتماعية وحتى في تشخيص المرض كلها عوامل لها تأثير على عملية الإتصال والتفاعل الإجتماعي. فبعض الأطباء يضيقون من المرضى الذين يلجئون إليهم وكثيري الشكوى دون أن يكون هناك إضطراب عضوي حقيقي. فهذه الحالة تثير القلق والضجر عند الأطباء الذين يدركون أن بعض المرضى يحتاجون إلى مساعدة الأطباء لهم للتغلب عن مشكلاتم الطبية. كما أن العديد من المشكلات غير الطبية تنتج عنها أمراض سيكوسوماتية. فهذه المواقف متعددة ومتنوعة كثيرا من الناس يعتبرونا حالات تستدعي اللجوء إلى الطبيب ويرون أن إهتمام الطبيب بذه الحالات كفيل بعلاجها. وهي في نفس الوقت تمثل عادات إجتماعية وأنماط سلوكية.[1]

(1) نفس المرجع، ص 111.

- خلاصـة:

من خلال العرض السابق للفصل، نرى أن الصحة والمرض ظاهرتين طبيتين وفي نفس الوقت ظاهرتين إجتماعيتين، ولا يمكن فهمهما بمعزل عن الواقع الإجتماعي. وفي هذا الصدد فإن الرعاية الصحية وعلاج المرض يرتبطان بمدى تقدم المجتمع وتطوره. إذ أن إرتفاع المستوى المعيشي لأفراده وزيادة وعيهم الصحي يقلل من الإصابة بالأمراض خاصة الأمراض التي لها علاقة مباشرة مع الفقر. لذا فإن الصحة حق من حقوق كل أفراد المجتمع وهي قيمة إجتماعية ينظر إليها من منظور إجتماعي- ثقافي. ولقد إهتمت العلوم الإجتماعية بدراسة الظواهر الطبية دراسة إجتماعية نفسية مثل دراسة مهنة الطب، الأدوار الإجتماعية للأطباء والمرضى وأنماط التفاعل بينهما.

وإستنادا على تحليل دور المريض والطبيب وأهم العلاقات التي تحكمهما يتبين لنا أن دور الطبيب يتمثل أساسا في العمومية، الحياد العاطفي، النوعية الوظيفية والتوجه نحو الجماعة.فالمجتمع خوّل له حقوق تساعده على ممارسة مهنة الطب التي تختلف عن المهن الأخرى. وفي هذا المجال الطبيب له واجبات يتقيد بها تحدد له دوره الذي يختلف عن دور المريض. فالدور الأخير يبرز من خلال الواجبات والحقوق وأهم هذه الوجبات أن تكون له الرغبة في تحقيق الشفاء بأسرع وقت ممكن. وهذا بالبحث عن علاج طبي لمرضه وأيضا التعاون كليا مع طبيبه، حيث يكون الشفاء هو الهدف الرئيسي الذي يسعى إليه كل واحد منهما. أما بالنسبة للحقوق، فتتمثل في إعفاء المريض إلى حد ما من بعض أنشطته اليومية ومسؤولياته الطبيعية التي كان يزاولها قبل المرض. إضافة على ذلك، فهو دائما بحاجة ماسة إلى مساعدة تقدم من طرف أشخاص متخصصين وحتى من أفراد أسرته له، لذا فمن حقه أن يحصل على قدر أكبر من الرعاية.

وإنطلاقا من هذه الواجبات يمارس الطبيب نفوذه وسلطته على المريض، وبالتالي تتميز العلاقة بينهما بعلاقة غير متكافئة، لأن المريض يكون في حالة الضعف عكس الطبيب. وهذا التصور يمثله عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" الذي عالج العلاقة طبيب- مريض من منظور الأدوار الإجتماعية لكلاهما، وإعتبر كل دور مختلف عن الدور الثاني ولكن مكملا له، ولكن هذا التصور لقي عدة إنتقادات. أما العالمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender " فقد عالجا أنماط التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من خلال ثلاثة نماذج وهي الإيجابية/ السلبية، المشاركة المتبادلة والإرشاد/ التعاون، وكل نموذج ينطبق على نوع معين من الأمراض. وبالرغم من الإختلاف في تحديد أنماط العلاقة إلا أن هذه الأخيرة تتأثر بعدة عوامل منها ما هو مرتبط بالطبيب ومنها ما هو مرتبط بالمريض.

الـفـصــل الثالـــث
الأمراض المزمنـة في العالم

- **تمهيد**

المبحث الأول: الأمراض المزمنة وإنتشارها في العالم .

المطلب الأول: المرض المزمن وإنعكاساته على حياة الفرد.

المطلب الثاني: الوضعية الإبدميولوجية للأمراض المزمنة في العالم.

1- الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في العالم.

2- مرض الضغط الدموي وإنتشاره في العالم.

3- مستويات الإصابات والوفيات بأمراض القلب في العالم.

المطلب الثالث: سياسة المنظمة العالمية للصحة في إطار مكافحة الأمراض المزمنة.

المبحث الثاني: عوامل إنتشار الأمراض المزمنة في العالم.

المطلب الأول: الوراثة وإنتشار الأمراض المزمنة في العالم.

المطلب الثاني: التحديث والتحضر وإنتشار الأمراض المزمنة في العالم.

المطلب الثالث: التغير في نوعية الغذاء وعلاقته بالإصابة بالأمراض المزمنة في العالم.

المطلب الرابع: السمنة والإصابة بالأمراض المزمنة في العالم.

المطلب الخامس: علاقة الضغوطات الإجتماعية والنفسية بالإصابة بالأمراض المزمنة

- **خلاصـــة.**

- تمهيد:

إن التغير في بنية التمعات من مجتمعات تقليدية إلى مجتمعات حضرية صناعية أدى إلى التغير في الخريطة الصحية وبالضبط في نوعية الأمراض، من أمراض معدية قديما إلى أمراض مزمنة حديثا. ولقد ساعد على الإصابة بذه الأمراض كل من العامل الديموغرافي كالسن، الشيخوخة التهرم السكاني في معظم دول العالم، عامل التغير في نوعية الغذاء وما يصاحبها من ظاهرة السمنة وأيضا زيادة الضغوطات الإجتماعية والنفسية مع تمسك السكان بالممارسات غير الصحة المتعارف عليها والموروثة عبر الأجيال. لذا تعتبر الأمراض المزمنة، أمراض العصر الأكثر إنتشارا، خاصة الأمراض السيكوسوماتية* مثل داء السكري، ضغط الدم وأمراض القلب، وهي إصابات جسمية ذات تأثير نفسي. لذا نجد الأطباء في عصرنا الحالي ينصحون المرضى المصابين بذه الأمراض بتجنب الضغوطات النفسية والإجتماعية للحفاظ على الصحة الطبيعية. وفي هذا الال لتفادي العواقب التي تخلفها الأمراض المزمنة تسعى المنظمة العالمية للصحة إلى وضع سياسات صحية للتقليل من حدة هذه الأمراض. ويظهر ذلك من خلال جهود السلطات المعنية في أغلبية الدول والتي تعمل على تكثيف الجهود لتحسين الوضع الصحي لسكانا، التكفل الجيد بمرضاها ومساعدتم لتسيير المرض المزمن.

ولإعطاء صورة حقيقية على واقع الأمراض المزمنة في العالم سوف نحاول التطرق إلى هذا الموضوع من خلال هذا الفصل المقسم إلى مبحثين، مبحث حول الأمراض المزمنة وإنتشارها في العالم. أما المبحث الثاني فيعالج العوامل المؤثرة في إنتشار الأمراض المزمنة في العالم.

* الأمراض السيكوسوماتية هي أمراض عضوية ذات تأثير نفسي. فهي إضطرابات جسمية ناتجة عن صراعات نفسية. وفي هذا الصدد يصنف كل من داء السكري والضغط الدموي في قائمة هذه الأمراض.

المبحث الأول: الأمراض المزمنة وإنتشارها في العالم .

لقد إتجهت المجتمعات بشكل عام نحو العالمية، فأخذت تتبنى الإتجاه القائم على التصنيع أساسا وقاعدة إقتصادية عامة. فهذا الإتجاه نحو التحديث بما يحمله من آثار سلبية وإيجابية يعتبر تغيرا إقتصاديا عالميا، وأحد أبرز النتائج لذلك، حيث دخلت وإنضمت الدول النامية في نشاطات الإقتصاد العالمي، وقد تبنت وضعا إقتصاديا مرتبطا بذلك الوضع الموجود في أوروبا وأمريكا، وأصبحت تستهلك المواد والسلع المستخدمة لدى الطبقات الوسطى في تلك المجتمعات المتقدمة. هذا الوضع الجديد الذي تكيفت معه مجتمعات دول العالم الثالث أدى إلى زيادة إحتمال الإصابة والوفيات بالأمراض نتيجة للتغير والتحول الإقتصادي بإتجاه التحديث والتصنيع. ويدل هذا على أن التغير في نوعية الغذاء بما يتبعه من تفشي ظاهرة السمنة بين السكان وقلة الحركة إلى جانب العامل الوراثي والعادات غير الصحية كالتدخين مثلا كلها عوامل أساسية في ظهور بعض الأمراض. فقد إنتشرت نوعية معينة من الأمراض في كل مجتمع من المجتمعات. ولعل ما يمكن التركيز عليه هو ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة المنتشرة في المجتمعات الحديثة التي تمر بظروف تغير إجتماعي وثقافي وتحت عمليات التحديث. ولعل أبرز هذه الأمراض التي سوف نركز عليها هي أمراض الضغط الدموي، القلب وداء السكري، والتي تعرف نسب عالية من ناحية الإصابة والوفيات في العالم.

المطلب الأول: المرض المزمن وإنعكاساته على حياة الفرد:

إن المرض المزمن هو نوع من أنواع الأمراض، غير أنه يتصف بالإستمرارية. إذا فهو مرض يطول علاجه مدى الحياة ويتميز عن باقي الأمراض "بتطور بطيء دون إتجاه نحو الشفاء، كما هو الحال بالنسبة للمرض الحاد بداية محددة، فتطوره غير محسوس عبر الأشهر والسنوات. فالإزمان مرتبط بمقاومة الجراثيم للعلاج أو بإضطراب مناعي، يتطلب علاجا دائما هدفه تصحيح الإضطراب المرضي".[1] وقد يتوقف إستقرار الحالة الصحية للفرد على المعالجة المستمرة وتتبع نصائح الطبيب، حيث أن المرض المزمن يفرض تدخل عدة فاعلين إجتماعيين لتسييره مثل الفريق الطبي، أسرة المريض وأفراد المجتمع ككل. ويعتبر المريض في حد ذاته الفاعل الأساسي في المحافظة على صحته الطبيعية. لذا فإن هذا النوع من المرض يخلق وضع إجتماعي معين يؤثر بالدرجة الأولى على الفرد، حيث تعرضه للمرض يؤدي إلى إحداث تغيرات تنشأ عن المرض، وغالبا ما يكون المريض أول شخص يشعر بذا التغير من خلال تشخيصه لحالته الصحية نتيجة الشعور بحالة من الضعف والوهن أثناء العمل والقيام بأي مجهود عضلي، والسبب الرئيسي في هذه الحالة هو الخلل الوظيفي. وقد يحكم على الشخص بأنه مريض من خلال الإعلان، الإعتراف بالمرض والكشف عنه، وذلك عبر سلسلة من السلوكات التي يبديها لتفسير حالته هذه، وإستبعاده لكافة الأسباب غير الطبية

(1) Larousse Médicale, Ed Larousse, Paris, 2000, P 205.

في حدوث المرض. وقد يستند على الأسباب الطبية ويلجأ إلى إلتماس الخدمة الصحية والتي غالبا ما تكون عند بعض الأفراد آخر مرحلة يتبعونا. فاللجوء إلى الطبيب يبرز لنا حدا محددا تنتهي عنده الصحة ويبدأ المرض. وفي هذا المنوال يرى محمود حسن بأن "آثار المرض الأولى لا يشعر با سوى المريض نفسه، ويؤدي المرض إلى شعور الشخص بالعجز ولذلك يميل إلى أن يخلد إلى الراحة وتنقطع دوره الحياة العادية والمرح والعمل. ويبدأ أسلوب جديد للحياة أقل جاذبية وتتوقف كثيرا من الأشياء الممتعة التي جرت عليها حياته المألوفة، كمصاحبة الأقارب وتبادل الزيارات والإمتناع عن بعض أنواع الأطعمة والإبتعاد عن المناسبات الإجتماعية التي يشتاق إليها، كما لا يستطيع المحافظة على المواعيد والإرتباطات".[1] ونتيجة لذلك، فإن المرض المزمن يؤثر على الفرد، الأسرة والمجتمع ككل، لأنه يخلق وضع إجتماعي جديد يتكيف معه المريض.

1- **المرض المزمن وتأثيره على الفرد:** كما ذكرنا سابقا، فإن المريض هو أول شخص يشعر بذا المرض الذي يؤثر بشكل مباشر على حياته من الناحية الجسمية، العقلية، النفسية، الإجتماعية والإقتصادية. وبطبيعة الحال لا يمكن إدراك الأثر الذي يخلقه المرض على حياة الفرد والوصول إلى حلول للمشكلات الناجمة عن المرض والعجز لأن المرض هو "الحالة التي يعجز فيها الفرد عن القيام ببعض أو كل أنواع النشاط أو الوظائف التي يباشرها الأسوياء أو ترتبط عند القيام با بالألم أو الضيق. وعندما يتعرض الشخص للمرض فإن العلة تشمل الشخص كله فالعلة لا تنعزل في جانب منه بل يشمل المرض الشخص بأكمله".[2] إن إصابة الفرد بالمرض في حياته تمثل قطيعة حقيقية مع عالمه الداخلي والخارجي، خاصة إذا كان المرض خطير وحاد. فلهذه الوضعية تدخلات فجائية غير متوقعة تعمل على إحداث تكيفات أو تمرن عند أغلبية المرضى تعديلات على سلوكاتهم، إستقلاليتهم وإحداث إضطراب في الروابط العاطفية الوجدانية، العائلية وحتى في الحياة المهنية والمادية. وأحيانا في نفس الوقت تطور المرض تنشأ عنه تغيرات كلية في المكانة الإجتماعية للشخص.[3]

ويعتبر العجز أول شيء يشعر به المريض، سواء كان عجزا جسديا أو عقليا يعيقه عن أداء واجباته وأدواره الإجتماعية، أي إحداث خلل في العلاقات الإجتماعية، لأن المرض هو "الحالة التي يعجز فيها الفرد عن القيام ببعض أو كل أنواع النشاط أو الوظائف التي يباشرها الأسوياء أو ترتبط عند القيام با بالألم أو الضيق. وعندما يتعرض الشخص للمرض فإن العلة تشمل الشخص كله (...) لا تنعزل في جانب منه بل يشمل المرض الشخص بأكمله".[4]

أما من الناحية النفسية، فإن سرعة الشفاء والتكيف مع المرض تتوقف على الإتجاهات النفسية للمريض ودرجة التفاؤل وحتى الرضا التي يشعر با في مرحلة العلاج. ونتيجة غياب ذلك عند المرضى

---

(1) (2) محمود حسن، الأسرة ومشكلاتنا، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1967، ص73.

(3) Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P40.

(4) محمود حسن، مرجع سابق، ص 73.

المزمنين خاصة في المراحل الأولى من المرض، فإن الخوف، الشعور بفقدان الأمل والأمن حتى في الوسط الأسري واللجوء للإنطواء والعزلة مظاهر نفسية يتميز با المريض. ففي بعض الحالات نجد إنكار المريض للتشخيص الإيجابي للمرض، وفي بعض الحالات الأخرى إنيار كلي لشخصيتهم وإحباط نفسي ممزوج بالتوترات والغضب. ونظرا لسوء الحالة الصحية وتطور المرض عنده وإشتداده، فإنه يفقد قوته ويتجه إلى حالة من الضعف والوهن والإعتماد على الآخرين. ونتيجة إستمرار الألم وظهور القيود المفروضة على الحركة والنشاط، فإنه يشعر بالعزلة والعجز. وبسبب "الإنفصال عن الأسرة والأصدقاء يمر المريض بخبرات الوحدة والإنعزال إلى جانب ما يشعر به من ضيق نتيجة إضطراب حياته اليومية من ناحية الفحص وتناول الدواء وإجراءات التمريض والغذاء الخاص. كما يتعرض المريض لمخاوف مستمرة حول نفقات العلاج وحول رفاهية أسرته ومصالحها وحول النتائج التي سوف تترتب عن المرض".[1]

وقد تتوقف عملية التكيف مع المرض المزمن على الحالة النفسية الشخص وعلى نمط التفاعل الإجتماعي مع المحيطين به. فإذا كان هذا المرض مصحوبا بضغوطات يؤدي حتما إلى القلق الذي يؤثر على نفسية المريض وقدرته على التكيف مع المرض.

إن التأثيرات التي تطرقنا إليها والتي تتحدد من خلال المعاناة، عدم الرفاهية والقلق يمكن أن تجعل المريض يعاني من مأساة حقيقية لنوعية الحياة، فيضعف ويتنازل عن بعض الأنشطة وهذا من أجل العلاج والعناية الطبية. وقد تتقلص حياته المهنية من خلال مضاعفات المرض والعجز المستمر قبل أوانه وتكون رؤيته للموت المسبق قريبة. فالعلاقات الإجتماعية، أوقات الفراغ وحتى الحركة يشكلون عراقيل أمام حياته. مثلا داء السكري يتطلب دواء وقتي، وهذا يخلق مضايقات وإنزعاج للمريض.[2]

2- المرض المزمن وتأثيره على الأسرة: إن الأسرة في كل التمعات تعتمد على عدد من المقومات التي تمكننا من القيام بواجباتا كمؤسسة إجتماعية، حيث أن نجاح كل أسرة في تأدية وظائفها بشكل جيد وتحقيق نوع من التوافق الإجتماعي بين أعضائها يتحقق من خلال إستكمال مقوماتا. وفي هذا الإطار، فإن المستوى الإقتصادي للأسرة هو أحد المقومات لإستمرارها. فهي تحتاج إلى دخل ملائم لإشباع حاجياتا الأساسية من مأكل، مسكن، ملبس، صحة وتوفير الرعاية الصحية لأفرادها، حيث أنه "عندما يتعرض أحد أعضاء الأسرة للمرض تؤثر حالته في كل عضو يضمه البيت. إذ يضطرب نظام الحياة اليومية للأسرة، كما يفرض المرض أعباء ومسؤوليات إضافية على عاتق الأعضاء الأصحاء".[3] إضافة على ذلك، قد يفقد المريض مركزه الإجتماعي وعمله، وهذا يؤثر على أسرته خاصة إذا كان هو رب الأسرة المعيل الوحيد لأسرته، فدخله الشهري يتوقف أو ينخفض بإستمرار. فهذه الأسرة ينتابا الفقر من جهة. وأيضا تخلق

(1) نفس المرجع، ص 74.

(2) OMS, « Le diabète sucre », Aide Mémoire, OMS, Genève, N°138, P2.

(3) محمود حسن، مرجع سابق، ص 80.

تصدعات وصراعات في العلاقات الإجتماعية بين أفرادها من جهة ثانية. فالعائلة إذا كانت لا تقدر على رعاية مريضها والتكفل به ماديا ومعنويا يؤثر على بنائها الإجتماعي تأثيرا سلبيا. ويزيد المشكل حدّة إذا حجز المريض في المؤسسة الإستشفائية، فالأسرة تتلقى في هذه الحالة صعوبات وعراقيل بسبب فقرها في تلبية إحتياجاته.

إن العامل الإقتصادي هو أحد مقومات الأسرة، ومهم جدا في حياة المريض، فهو عادة ما يتحدد "بمستوى الدخل المادي الحاصل ويقاس ذلك من خلال الرواتب الشهرية أو الدخول السنوية التي يتقاضاها أفراد الأسرة".[1] إذ حاولت الكثير من الدراسات أن تثبت بأن الفقر هو السبب الرئيسي لبعض الأمراض، وأن هناك علاقة بين المرض والحالة المادية للأسرة. فكلما إرتفع دخل الفرد تحسنت حالته الصحية وقلت أمراضه والعكس صحيح، حيث أثبتت دراسة في "إحدى المدن الأمريكية أن الأسر ذات الدخل المحدود (أقل من 1000 دولارفي السنة) ترتفع لديها نسبة الأمراض 66 % أكثر من الأسر المرتفعة الدخل أكثر من 1000 دولار في السنة".[2]

إن المرض المزمن يؤثر على المرضى وعائلاتم مثلا داء السكري ثمن التأثير يتمثل في الرعاية الصحية، مدى توفير الأدوية للمريض إلى جانب الضروريات الأخرى له.

3- المرض المزمن وتأثيره على التمع وأعضائه: إن إصابة أي فرد في الأسرة تؤدي إلى التأثير على الفرد وحتى التمع ويعني ذلك إحداث خلل في الأدوار الإجتماعية وحتى في العلاقات الإجتماعية بين أفراد الأسرة وأفراد التمع، أي حدوث خلل في البناء الإجتماعي وعلى مستوى التمع. فالإنسان بإعتباره عضو في التمع لا يمكن عزله عن باقي الأفراد الأصحاء فإنه يؤثر ويتأثر بالتمع وبأعضائه. "وهذه الناحية تحتاج إلى الكثير من المراعاة والدراية، ويجب أن لا نكتفي بأن نقول علاج المريض هو إعطاؤه العلاج المباشر لمرضه، ويجب أن هناك كثير من أشياء إجتماعية كثيرة تترتب على مرضه".[3]

إن المرض يؤثر على أفراد التمع وعلى البناء الإجتماعي في حد ذاته، بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. فإذا كان المرض معدي فإن البناء الإجتماعي له دور هام جدا في إنتقال العدوى، هذا يعني بأن الشخص المصاب بمرض معدي يكون بمثابة مصدر للعدوى لغيره من أفراد البناء الإجتماعي كالأسرة في المسكن وحتى أفراد التمع في الشارع أو أماكن العمل. مثلا داء السل ينتشر بكثرة بين أفراد الأسرة خاصة إذا لم تتوفر الشروط الصحية اللازمة في المسكن. والنتيجة المتوصل إليها هي أن التمع عوض فقدان فرد واحد، فإنه يفقد المئات أو الآلاف من الأفراد بذا المرض إذا لم تتخذ الإحتياطات اللازمة.

---

(1) علي أسعد وطفة، علم الإجتماع التربوي، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 1993، ص86.

(2) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 86.

(3) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص 172.

إضافة على ذلك، فإن المرض يؤثر على البناء الإجتماعي، فالنظام الإقتصادي يتأثر بمرض أفراد التمع، حيث أن أي فرد له دوره ومكانته الإجتماعية في التمع، ويكون له دور إقتصادي ناتج عن ما ينتجه ويستهلكه من ذلك التمع. وهكذا "متى تعطل هذا الفرد سوف يحرم التمع من إنتاجه ولكن يأخذ من التمع الدواء ووقت الطبيب وإستهلاك الأسرة المستشفى وغير ذلك من الخدمات التي يقدمها التمع والتي تكلف التمع نفقة وهكذا بالإضافة إلى عدم المشاركة في بناء التمع نجد أن الفرد يزيد من نفقات التمع، هذه النفقات التي تأتي في النهاية من باقي أفراد التمع". [1] ومنه نستنتج أن المريض يصبح عضو غير فعال وغير منتج في التمع، فهو يصبح عاليه وعلى أفراد الأسرة، أي مستهلك بالدرجة الأولى. مثلا حالات داء السكري، يصبح المرضى غير قادرين عن العمل، أي أقل إنتاجية، حيث أنم يكونون ذو فائدة فاعلين قبل المرض عكس أثناء فترة المرض. فتكثر العطل المرضية، العجز عدم القدرة وأيضا في بعض الحالات التقاعد المسبق وحتى الوفيات السابقة لأوانا كلها أسباب من فقدان الإنتاجية.

وقد تتأثر الدولة أيضا بمرض أعضاء التمع، فبالنسبة لقطاع الصحة، توفير المصالح الإستشفائية، المعدات الطبية، التحاليل المخبرية والتكفل والرعاية اليومية لمرضى داء السكري الذي يفرض تموين الإنتاج من الأدوية المتعددة المختلفة من أنسولين وحقن . وفي المال البشري تكوين أعوان في الصحة لإجراء التحاليل الطبية وتشغيل المعدات الضرورية لتحاليل الدم. هذا التأثير يمكن أن يكون ضعيف مثلا بالنسبة للإستشارات في المصالح العلاجية الطبية والإستشارات الخارجية في المستشفيات أو العكس للغاية مرتفع عندما يتعلق الأمر مثلا بالمكوث في المستشفى لفترة طويلة ضرورية لعلاج المضاعفات. [2] فإستهلاك المريض يكون أكبر للخدمات الإجتماعية والطبية التي يقدمها التمع، حيث تقدم للفرد مساعدات إقتصادية كالمساعدات المالية أو المساعدات المعنوية وحتى مساعدات التأمين الإجتماعي وغير ذلك من المساعدات لغرض التغلب على المرض وعلى مشاكله. وهذا يتطلب مجهودات جبارة تبذلها الدولة وأفراد التمع ككل.

إن مرض الفرد يفرض إعادة تأهيله إجتماعيا وإدماجه في التمع من جميع النواحي، حيث أن التأهيل هو "العملية التي إكتسبت تدريجيا إعترافا من التمع كجزء هام من حياته. ولقد كان مدلول التأهيل في الماضي منصبا على إستعادة القدرة البدنية للمعوقين". [3] فهدف التأهيل هو تمكين المرضى من الإستفادة من أقصى حد لطاقاتم وفق الأساليب والمبادئ المستحدثة، أي إعادة إدماج المريض في التمع وأهم مؤسساته. وهذا يتطلب مجهودات جبارة من طرف الهياكل الصحية والأسرة وهياكل أخرى مختلفة.

---

(1) نفس المرجع، ص ص 172، 173.

(2) OMS, Op cit, P 2.

(3) محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1971، ص 155.

وفي الجزائر مع إرتفاع عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، فإن الدولة تخصص أموالا طائلة في مساعدة المرضى غير المؤمنين إجتماعيا في مجال الضمان الإجتماعي، حيث تتم بذه العملية وزارة التشغيل والتضامن الوطني.

وكخلاصة لهذا العنصر، يمكن القول بأن المرض المزمن أكثر تأثيرا من غيره على الفرد، الأسرة والتمع وحى الدولة في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة نتيجة تفشي ظاهرة الفقر والحرمان والذي ينعكس سلبا على عملية التكفل بالمريض.

المطلب الثاني: الوضعية الإبدميولوجية للأمراض المزمنة في العالم:

يشهد العالم اليوم إرتفاع محسوس للأمراض المزمنة عكس ما كان في الماضي، وهذا الإرتفاع يشكل عبئا ثقيلا على الدول والمختصين في مجال الصحة العمومية. والمشكل الكبير نجده في الدول النامية التي تعرف الفقر، إنخفاض المستوى المعيشي للسكان وإنتشار الأمية التي تعيق من نشر الوعي الصحي بين الأفراد. فإستنادا على تقرير المنظمة العالمية للصحة 29 سبتمبر 2005 ، فإن الأمراض المزمنة تنتشر بسرعة حوالي 60% من الوفيات تنسب لهذه الأمراض، حيث نجد 80 % من الوفيات في البلدان الضعيفة والمتوسطة الدخل والنصف الآخر تخص النساء. وتتنبأ المنظمة العالمية للصحة أنه خلال العشر سنوات المقبلة سوف يموت أكثر من 350 مليون شخص في العالم ويعاني ملايين آخرين من الأمراض المزمنة.[1] فهي الأكثر إنتشارا في العالم والتي تحتل الصدارة تتمثل في داء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب، حيث أنا من المسببات الرئيسية للوفيات، لأن لها علاقة مباشرة بالحالة النفسية، الضغوطات الإجتماعية، التغذية والعادات السيئة.

1- الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في العالم: يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة التي أصبحت تحتل المراتب الثانية في قائمة الأمراض غير المتنقلة، وتخوفا من إنتشارها المذهل سعت المنظمة العالمية للصحة لوضع إستراتيجية معينة تتمثل أساسا في الوقاية، المراقبة، التكفل الجيد وتكثيف الجهود في مجال الكشف الطبي عن حالات داء السكري. وقد تظهر هذه الإستراتيجية من خلال برنامج لمكافحة داء السكري، والذي تبنته معظم دول العالم التي تنتمي إلى المنظمة. وقبل تقديم صورة عن الوضعية الإبدميولوجية لهذا المرض لا بد من إعطاء لمحة طبية عنه.

1-1- لمحة طبية عن داء السكري: إن مرض السكر من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان منذ قديم الزمان، وقد كان المرضى آنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به، لكن الإكتشاف الرائع للأنسولين في سنة 1921 من طرف العالمان الطبيبان الكنديان" بانتج Banting وبست Best " كان أول خطوة علمية

(1) www. Who. Int/ Mediacentrep envents/advisories/2005.

للتغلب على داء السكر، التخفيف من حدته ومكافحته، وقد تم إنقاض أرواح الملايين من البشر في القرن العشرين .

إن كلمة Diabète كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني "الإنتقال عبر""Passer à travers "، وهذه الكلمة الأخيرة تعني أن الكلية تقوم بتصفية المواد التي تمر بـا .[1]

أما المنظمة العالمية للصحة OMS فتعطي أول تعريف بسيط لداء السكري،حيث تعرفه على أنه حالات الإفراط السكري l'hyperglycémie، ويعني زيادة معدل الغلوكوز في الدم، وهذا الداء من الأمراض المزمنة التي تتوقف على عوامل وراثية و هو الأكثر شيوعا .[2]

وقد تتفق معظم المعاجم الطبية و الكتب على أن داء السكري هو "إضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربومائية (السكريات والنشويات) والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم وينتج عن ذلك فقدان خلايا الجسم لبعض كل من قدرتا على إستساغة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والإمتصاص فتزداد كمية السكر في الدم ويظهر في البول مع مواد سامة أخرى أحيانا"[3]. وذلك نتيجة لإختلال أو إتلاف الغدة الصماء في جسم الإنسان إسمها البنكرياس التي تكون عاجزة عن إفراز هرمون الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم . أما التعريف الأكثر دقة لهذا الداء، هو أن المريض بداء السكري يصبح جسمه غير قادر على هدم الطعام والإستفادة منه كما ينبغي. فتتراكم كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة ويبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول.كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبد والجبن...الخ دون الإستفادة منها. كما تتحول كمية من المواد البروتينية من اللحوم والأسماك إلى السكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات وتجديد الأنسجة التالفة ومع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين، الكليتين والأعصاب وغيرها من الأعضاء. و يرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد و هو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين لهدم المواد السكرية الذي هو نتيجة إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء وظيفتها .[4]

إن داء السكـري ينقسم إلى نوعـين، النـوع الأول هو داء السكري الخاضع للأنسوليـن Diabète Insulino -Dépendant الذي يعتبر من أخطر وأشد أنواع مرض السكر وهو يصيب عادة

(1)Gérard Pacaud, Le diabète et ses complication, Prévention, Prise en charge, Traitement, Edition Dahlab, Alger, 1995, P 11.

(2) Ibid, P12.

(3) حامد محمد الهرساني، قصة البوال السكري، مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام،مكة المكرمة، ط1،1965،ص11.

(4) أيمن الحسيني، عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك وتحيا حياة طبيعية؟، دار الهدى، الجزائر،1988 ، ص 7.

الأطفال والشباب خاصة، وغالبا ما يأتي فجأة . والمريض به يكون نحيف الجسم.[1] وقد يطلق عليه نمط سكر شبابي، حيث يوجد بنسبة 10 إلى 15 % عن مرضى داء السكري.[2] ومن مميزات هذا النوع أنه لا يوجد إطلاقا الأنسولين في بلازما الدم، وذلك نتيجة لوجود قصور تام لوظيفة البنكرياس التي تتمثل في إفراز الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم . فالمريض بذا النمط يظهر لديه كل ارتفاع نسبة السكر في دمه وظهور كمية من السكر في بوله مع ظهور سم يسمى أسيتون .[3] ويعتمد هذا النوع أساسا على الاستعمال المستمر واليومي للأنسولين عن طريق الحقن.

أما النوع الثاني، فهو داء السكري غير الخاضع للأنسولين Diabète Nom Insulino– Dépendant إذ أنه أخف أنواع المرض و هو بسيط و عادة ما يصيب الإنسان في سن متأخرة ما بعد 40 سنة ، أي في نهاية متوسط عمر الحياة، وبالضبط ما بين 45-55 سنة وما فوق، وغالبا ما يسمى سكر الكبار، ونجد أن الوراثة لا تلعب دورا في هذا النمط من المرض، كما أن هذا النوع هو الأكثر شيوعا وانتشارا من النوع الأول. ويتواجد بنسبة 85 إلى 90 % بالنسبة للمصابين بداء السكري.[4] وعلى العموم فإن السبب الرئيسي لهذا النوع هو أن البنكرياس تنتج الأنسولين بكمية أقل من الطبيعي، يعني ذلك أن نسبة إفراز الأنسولين قليلة [5]. وعليه فإن العلاج الرئيسي لا يعتمد على الحقن اليومية للأنسولين بل يتطلب استعمال وتناول الأقراص وإتباع حمية غذائية معينة، حيث أن هذه الأقراص تحث البنكرياس على إفراز الأنسولين وتخفيض نسبة الغلوكوز في الدم. في هذه الحالة نجد أن بول المريض لا يحتوي على أسيتون إطلاقا، و هذا هو أهم فرق بين نوعي المرض .[6]

يعتبر هذا المرض من أكبر أعداء البشرية و أخطرها ، إذ أنه يصيب أعداد كبيرة من البشر في جميع أنحاء المعمورة و بين مختلف الأجناس و الأعمار، حيث يشكل معضلة عويصة بالنسبة للصحة العمومية . بالإضافة على ذلك فنجد عواقب وتعقيدات خطيرة تطرأ على حياة الفرد بالتحديد على حياته المهنية، العائلية، اليومية والشخصية بصفة عامة، فالمرء يصبح مجبرا على الإلتزام ببعض الواجبات. وفي بعض الحالات يتخلى عن بعض الأدوار الإجتماعية وعلى كل التصرفات التي كان يمارسها في الماضي، إنطلاقا من الأكل، العمل والنشاطات اليومية . وكل هذه التغيرات يمكن أن تصور لنا معاناة هؤلاء الأشخاص، الذين أصبحت حياتم مقيدة و مهددة بالخطر في آن واحد، لأن الحياة الجديدة لهم تتطلب الحيطة، الحذر والإعتناء بالصحة لتفادي مضاعفات المرض .

---

(1)جمال غوردون،الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه،مأكولاته،مضاعفاته،الوقاية منه، دار و مطابع الشعب، القاهرة، 1964، ص 30.
(2)OMS, Op cit, P1.
(3) ليونارد جاكوت، علم الأدوية، تر: فاضل الشيخ حيدر، دار المعرفة، دمشق،ط1، 1993،ص250.
(4) OMS, Op cit, P2.
(5) ليونارد جاكوت، مرجع سابق، ص 250.
(6) جمال غوردون، مرجع سابق، ص 30.

وعلى العموم فإن المرض يؤثر على حياة الفرد ويجعله يعيش في قلق شديد وفي وضعية عدم الأمن والإستقرار، ولكن يمكن التغلب على هذا المرض إذا عرف الفرد كيف يتكيف مع مرضه في شتى نواحي الحياة و ذلك بقليل من المعرفة على المرض وأخطاره. وبالتالي يمكن له أن يعيش حياة سعيدة كباقي أفراد المجتمع الآخرين. فهذا المرض من الأمراض القديمة، التي شكلت ومازالت تشكل تحدي كبير بالنسبة للصحة العمومية في العالم، حيث يعتبر هذا الداء من أخطر، أشد و أعقد مرض واجه الإنسان، لأنه يصيب جميع الأشخاص في جميع القارات والبلدان، ولكن مستوى الإصابة به يختلف من مجتمع لآخر، حسب ظروف كل بلد.

1-2- مستويات الإصابة والوفيات بالداء السكري في العالم: تمثل الأمراض المزمنة السيكولوجية المنتشرة في العالم بما فيها داء السكري أكبر مشكل صحي يواجهه العالم في حاضرنا اليوم، وذلك بالإستناد إلى تقديرات المنظمة العالمية للصحة، التي قدرت عدد حالات الإصابة بداء السكري في سنة 1985 بـ 30 مليون مصاب بذا المرض في العالم.(1) ففي الولايات المتحدة الأمريكية، نجد عند البيض في فئة السن 60-69 سنة حوالي 8% مصابين بداء السكري، وفي فئة السن 80-89 سنة حوالي 20%. وهذا يدل على أن داء السكري ينتشر بكثرة عند المسنين .(2) فالإصابات بذا المرض ترتفع مع إرتفاع العمر. إذ أن معدل إنتشار هذا النمط من المرض يرتفع مع السن، إنه يمس 10 إلى 20% من السكان الأكثر من 65 سنة حتى بعد 80 سنة. (3)

إن معدل إنتشار المرض عند البالغين 30 سنة-64 سنة حسب المناطق، قدر سنة 1992 بـ 1% في إفريقيا وآسيا، 2 إلى 3% في فرنسا، 2 إلى 4 عند الروس سيبيريا، الولايات الأمريكية إنتشار المـرض من 5 إلى 6 % في السكان من أصل البيض الأوروبيين، من 10 إلى 20% عند الإسبانيين الأجانب، 10% عند الإيطاليين ومالتا و30% عند سود الولايات المتحدة الأمريكية.(4)

وإذا تأملنا في الإحصائيات المقدمة من نفس المصدر السابق المنظمة العالمية للصحة، فإننا نجد في سنة 1993، بأن معـدل إنتشار المرض بداء السكـري يقدر بـ600 حالة إصابـة بداء السكـري لـ 100.000 ساكن.(5)

(1) OMS, « Le coût du diabète, Journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Aide mémoire, OMS, Genève, N° 236, Novembre 1999,P 1.
(2) T.Constans, F.Duchemin, Problèmes quotidiens du diabète, conduite à tenir devant un diabétique âgé, Publication de servier médical, Neuilly-Sur-Seine, 1986, P1.
(3) DR F.Ayad-Hamdaoui, « Le Diabete du sujet Age », Algérie Santé, Communication, Publicité, Edition, Alger, N° 8, Janvier-Fevrier 2002, P17.
(4) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique », Le diabète, Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, Alger, N° 04, 1998, P 21
(5) OMS, Rapport sur la santé dans le monde1995, Réduire les écarts, OMS, Genève, 1995, P 19 .

لقد جاء في التقرير السنوي للمنظمة العالمية للصحة، حول الصحة في العالم لسنة 1995 على أنه يوجد في العالم أكثر من 100 مليون شخص يعاني من داء السكري، وهذا العدد سيبقى مرتفع إلى نهاية القرن، أي بحلول عام 2000، ومن بين هذا العدد نجد 85 % إلى 90 % من نوع داء السكري غير الخاضع للأنسولين DNID، وأن الأشخاص المسنين والمقيمين بالمدن هم الأكثر إستعدادا للإصابة بذا النوع .[1] حيث إرتفع داء السكري من سنة 1993 إلى 1995، وبلغ في سنة 1995 قيمة 135 مليون شخص مصاب بداء السكري .[2]

إن هذا الإرتفاع المحسوس في عدد حالات داء السكري، يوضح لنا خطورة الداء و مدى إنعكاساته على مستوى الفرد و المجتمع. و يعود سبب هذا الإرتفاع بالدرجة الأولى إلى التغيرات التي حصلت على مستوى نمط المعيشة التي عرفها الإنسان في العالم، الإنتقال من نمط معيشي تقليدي إلى نمط معيشي حديث، مع زيادة التحضر وإنعدام الحركة والنشاط البدني مع غيرها من العوامل التي لها تأثير على الإصابة بداء السكري.

فهذا الداء يمس حوالي طفل واحد أقل من 15سنة على 1000 في البلدان الصناعية، لكنه بسيط ونادر في البلدان النامية، ويرجع ذلك إلى عدم الإنتباه له أو أنه غير معتني به، حيث لا توجد إجراءات إجبارية التبليغ عنه.[3]

رسميا داء السكري يمس 2 % من السكان في البلدان الصناعية، أوروبا وحدها با معدل إنتشار يتراوح ما بين 2 % إلى 5 % من السكان البالغين. في الواقع الرقم الحقيقي بالتأكيد يقترب من 4 % بالنسبة لفرنسا يعني 1.5 إلى 2 مليون شخص. وأن العدد المحتمل في كل سنة هو 7 % في الولايات المتحدة الأمريكية. وأن نصف السكان البالغين 30 سنة إلى 64 سنة يعانون من داء السكري. والدلائل تدل على ذلك بأن الأمريكيين في الشمال الخمس منهم 1/5سيعاني من هذا المرض. ونسبـة السكريين في السـكان هي 6 % بالنسبة للبيض و9 % بالنسبـة للزنوج (السود) بإستثناء الرضع. وعموما المرض تحت شكل داء السكري الخاضع للأنسولين أكثر تكرارا، حيث أن مستوى الحياة و المعيشة أكثر إرتفاعا. ويعود كذلك إلى تغيير العادات الغذائية، إلى إنخفاض التمارين الرياضية وظهور التطور السريع بالنسبة للبلدان السائرة في طريق النمو، أي نمط الحياة تغير من التقليدي إلى الحديث، حيث أصبح الغذاء غني بالدهنيات والسكريات السريعة و هو برهان مقنع.[4] وحاليا في ماي 2007 يوجد تقريبا 5% من سكان العالم، أي حوالي 246 مليون شخص مصاب بداء السكري، وهذا الرقم يمثل 7% في الولايات المتحدة الأمريكية. [5]

(1) Ibid, P33.
(2)OMS, « Le coût du diabète, Journée Mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Op.cit, P 1.
(3)OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, Op. cit, P 12.
(4) Gérard Pacaud, Op. cit, p 17-18.
(5) www.Creapharma.ch/diabete.ht

إن الإحصائيات الحديثة، أوضحت أنه يوجد ما بين 120 و 140 مليون مصاب بداء السكري في العالم وأن هذا العدد سيتضاعف إلى سنة 2025[1]، حيث أن المنظمة العالمية تتنبأ مستقبلا أن يكون من الآن إلى 2025، 300 مليون شخص مصاب بداء السكري. وهذه الوضعية خطيرة أكثر وأكثر. وذلك إستنادا إلى مصادر مصالح الصحة لمكافحة داء السكري.[2] و الأهم في هذا الإرتفاع أو النمو، هو أنه سيخص البلدان النامية، وسيكون ذلك بسبب شيخوخة السكان، الحمية الغذائية غير الصحيحة، البدانة وإلى نمط حياة معيشي حضري متحضر، حيث أن أغلبية المصابين بداء السكري في الدول المتطورة في سنة 2025 فتكون في فئة السن 65 سنة و أكثر. و أيضا في فئات السن الأكثر إنتاجا، 45 إلى 64 سنة، وسيكونون أكثر عددا في الدول النامية. [3]

بالرغم من قلة الإحصائيات بداء السكري في الدول النامية، نظرا لإنعدام الإهتمام بذا الجانب، إلا أن بعض المؤشرات الصحية تنذر بالخطر، كما سبق ذكره. وفي هذا الصدد، فإن بعض الدراسات المقامة من طرف الأطباء في المغرب العربي، خاصة في المغرب و تونس توضح لنا الصورة الحقيقية لوضعية داء السكري في هذه البلدان.

لقد قام كل من الدكتور "بلخدير.ج Belkhadir J " والدكتور"بن سنداد.د Ben Sendad.D " عام 1980 في المغرب، بدراسـة لتقدير عدد المصابين بـداء السكري، حيث قدر معدل إنتشار المرض بـ 2,26 %، و هذه الدراسة أقيمت على فريق من سكان الحضـر و المقدر عددهم بـ 1021 شخص، وفي ختام هذه الدراسة أوضح الباحثين بأن التقدير أكثر إحتمالا.

أما الدراسة الثانية، فجرت في تونس، قام با كل من الدكتور "بن خليفة. ف Ben khalifa.F" والدكتور "عمار هنري.م Hanry Amar.M" سنة 1981 عن طريق إستجواب المبحوثين، لعينة ممثلة متكونة من 1143 أسرة و المعادلة لـ 99172 شخص، بتقدير جرعة الغليسيميد عند الصائم على الريق، فوجد أن معدل إنتشار المرض سنة 1980 يقدر بـ 2,26 % لكل أنواع داء السكري، وهذا المعدل يزداد مع السن ليصل إلى 10 % بعد سن 60 سنة.[4]

ومن خلال هذه التوضيحات، يمكن القول أن الهوة زادت في الإتساع حول مشكلة إنتشار مرض السكر بين الدول المتقدمة و الدول النامية، لكن المشكل لا يكمن في الإرتفاع فقط، بل يكمن في العواقب وكيفية التكفل بذه الشريحة من المرضى والتخفيف من حدة المرض ومكافحة مضاعفاته الناتجة عن الإهمال وعدم التكفل بعلاج مرض السكر.

(1) (2) OMS, « Le coût du diabète», Journée mondiale du diabète,14 Novembre 1999 », Op.cit, P 1.
(3) OMS, « Le diabète sucre », Aide mémoire, OMS, Genève, N°138, Novembre 1999,P 1.
(4) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique », Op cit, P 21.

بالنسبة للدول المتقدمة، فإن الوضعية هذه لا تشكل خطورة كبيرة، نظرا للتقدم الذي تعرفه هذه الدول في إمكانيات التشخيص، الطرق الوقائية والعلاجية الفعالة لمعالجة هذا الداء من جهة. ومن جهة أخرى فإن توفر التوعية الصحية التي يتسم با سكانا وإرتفاع مستوى معيشته سيخفف من حدة المشكلة. والأهم من هذا كله، هو أن توفر الإمكانيات الضخمة في مجال الإحصائيات والمعطيات الدقيقة سيوضح الصورة الحقيقية للمسار المرضي لداء السكري، مما يسمح بوضع برنامج تخطيطي لمكافحته.

أما إذا إتجهنا إلى البلدان المتخلفة، فإن النسبة الدقيقة لداء السكري تبقى غامضة، وذلك نظرا لإفتقار هذه البلدان إلى الإحصائيات الحيوية التي تفسر مدى خطورة هذا المرض، إلى جانب قلة وسائل العلاج والوقاية التي هي غير كافية. كما أن الفقر المتنامي، العجز في الموارد المالية والأزمات الإقتصادية كلها عوامل تؤثر بشكل واضح على الصحة والمرض، خاصة في الأوساط المكتظة بالسكان والفقيرة، ذات المستوى المعيشي المنخفض. كما أن إرتفاع نسبة الإصابة بداء السكري في هذه الدول، سيؤثر على بنية مجتمعاتا، يقلل من الطاقة البشرية و يخلق عجزا كبيرا في المتمع و يصبحون المرضى عالة على الدولة والأسرة.

إن المنظمة العالمية للصحة، تسعى جاهدة للتخفيف من حدة داء السكري، بحيث أنا تدعم وتساند التحقيقات الإبدميولوجية في الكثير من الدول من خلال البرنامج الحالي، ومساعدة هذه المراكز التي تقوم بالمراقبة و الوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية، لإنهاء التكرار العالمي لداء السكري حتى عام 2050 على قاعدة التنبؤات الديمغرافية. [1]

وخلاصة لهذا العنصر فإن المنظمة العالمية للصحة و فدرالية داء السكري، التي تحتفل باليوم العالمي لداء السكري كل 14 نوفمبر من كل السنة، ترى بأن هذا التضاعف في عدد حالات داء السكري يجب أن يحضى بإهتمام، بوضع مقاييس للتخفيف من حدته، ولكن الوضع عكس ذلك، بحيث أن غياب المقاييس الفعالة للوقاية الإبدميولوجية لداء السكري تبقى تعيق كل شيء [2]. وبالرغم من الإمكانيات العلمية التي تملكها بعض الدول لمكافحة داء السكري، إلا أن هذا الأخير لا يزال من أهم المشكلات الصحية، بحيث أصبح من أسباب الوفيات في العالم، فنجد أن الأسباب الأخرى و المعروفة، هي مسؤولة عن الوفيات في العالم بنسبة 16 % [3] والنسبة الباقية للوفيات هي من نصيب داء السكري. وعليه فإن الوفيات بمرض السكر من أهم أسباب الوفيات العامة، حيث قدرت المنظمة العالمية للصحة الوفيات بذا المرض في العالم لكل الأعمار وللجنسين معا سنة 1993 بـ 170 حالة وفاة بداء السكري لـ 1000 ساكن.[4] وطبقا لنفس المصدر، فإن هذا العدد قد ترشح للإرتفاع، لأن آخر الإحصائيات تشير إلى الإرتفاع المحسوس في

(1) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1996,Combatre la maladie promouvoir le développement, OMS, Genève,1996, p 76.
(2)OMS, « Le coût du diabète, Journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Op.cit, P 1.
(3)OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, Op. cit, P 12.
(4)Ibid, P 33.

الوفيات بذا المرض. فقد مثلت الوفيات بالنسبة لكل الأسباب لسنة 1998 في العالم بـ 53929 حالة وفاة لكل 1000 ساكن في العالم، منها 31717 وفاة لـ 1000 ساكن، ترجع أسبابا إلى الأمراض غير المعدية، حيث يصنف داء السكري في هذه المجموعة. و نجد أن الوفيات الخاصة بداء السكري قدرت بـ 600 حالة وفاة لـ 1000 ساكن في العالم لكلا الجنسين منها 257 حالة وفاة لـ 1000 ساكن ذكور و 343 حالة وفاة لـ 1000 ساكن إناث. (1)

وإستنادا إلى نفس المصدر فإن تقرير الصحة في العالم لسنة 1999، يشير إلى أن داء السكري يشكل خطر الأمراض القلبية وغيرها من الأمراض، وهو السبب الحقيقي للوفيات، حيث قدرت الوفيات بذا بـ 1,5 مليون حالة وفاة بداء السكري على الأقل في العالم.(2) وهذا الرقم غير ثابت وقابل للإرتفاع، إذا لم تتخذ الإحتياطات الوقائية والعلاجية اللازمة لمكافحته.

أما بالنسبة للوفيات بالنسبة للجنس، نجد حوالي 335.000 أي 1.2 % ذكور مقابل 441.000 ما يعادل 1.6% إناث، ويعني ذلك 776.000 أي 1.4% من مجموع الوفيات.(3) فهذا الإرتفاع يمس أكثر الإناث نتيجة تعرضهن للضغوطات النفسية والإجتماعية في حياتن اليومية وأيضا بسبب البدانة أوالسمنة التي تعتبر سببا من أسباب الإصابة بداء السكري.

ما يمكن قوله من خلال هذه الرؤية الطفيفة للإحصائيات، هو أن الوفيات بداء السكري في إرتفاع مستمر في العالم، تكاد تحتل المراتب الأولى، وهي من أسباب الوفيات الرئيسية. والسبب في هذه الوضعية يعود بالدرجة الأولى إلى التغيرات التي شهدها العالم في المال الإجتماعي، الإقتصادي والحضري، والتي إنعكست سلبا على صحة الفرد. كما أن الإصابة بداء السكري تتبعها حتما مضاعفات،كأمراض القلب، الضغط الدموي ومشاكل صحية أخرى، تكون سببا في الوفاة، خاصة عند فئات السن الكبرى التي تفتقر للكثير من المعلومات الطبية. ولا يخفى علينا دور المتغيرات الأخرى كتأثير البيئة الإجتماعية والإقتصادية على الصحة.

إن الوفيات بمرض السكر التي عرفها العالم خلال السنوات الأخيرة، لم تكن بنفس الوتيرة عبر كل مناطق العالم، إذ كان النصيب الأعظم للوفيات في الدول المتقدمة، ويتضح لنا ذلك من خلال الجدول التالي.

(1) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, Pour une réel changement, OMS, Genève, 1999, P P 108-110 .

(2) Ibid, P 98 .

(3) منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص188.

جدول رقم (01) : الوفيات بداء السكري حسب مراتبها في أقاليم المنظمة العالمية للصحة، تقديرات عام 1999.

الأقاليم			عدد السكان بالآلاف	عدد الوفيات بالآلاف
الإقليم الإفريقي	مرتبة الوفاة	عالية أطفال/ بالغين	286350	18
		عالية أطفال عالية جدا / بالغين	330085	20
إقليم الأمريكتين	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ بالغين	318235	74
		منخفضة أطفال/ بالغين	424932	98
		عالية أطفال/ بالغين	69898	44
إقليم شرق المتوسط	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	136798	16
		عالية أطفال/ بالغين	348468	38
الإقليم الأوروبي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ بالغين	410233	87
		منخفضة أطفال/ بالغين	215276	68
		منخفضة أطفال/ عالية بالغين	246336	21
إقليم جنوب شرق آسيا	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	288750	37
		عالية أطفال / بالغين	1219492	143
إقليم غرب المحيط الهادي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ منخفضة جدا بالغين	152882	17
		منخفضة أطفال/ بالغين	1513894	136

المصدر : منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص ص 194-195.

نستطيع ملاحظة التباين الموجود بين الأقاليم، الدول المتقدمة و الدول النامية، من خلال الأرقام الموجودة في الجدول، حيث أن الدول المتقدمة با عدد وفيات مرتفع بداء السكري. ويمكن تفسير ذلك على أساس التغيرات التي حصلت في نظام التغذية وإلى البنية السكانية، حيث تمتاز مجتمعات هذه الدول بالشيخوخة. وكما هو معلوم فإن داء السكري يرتفع أكثر عند هذه الشريحة من المجتمع. إلى جانب ذلك فإن توفر إمكانيات الإحصائيات يوضح الصورة الحقيقية لأسباب الوفيات.

أما بالنسبة للأقاليم الأخرى، خاصة الإقليم الإفريقي الذي به عدد كبير من الدول النامية، فإننا نلاحظ عدد وفيات أقل به، ويرجع ذلك إلى عدم توفر الإحصائيات في هذا المال، بحيث لا يحدد سبب الوفيات خاصة في المستشفيات. لذا فإن النسبة الحقيقية للوفيات بداء السكري في العالم الثالث تبقى غامضة جدا. وبالرغم من ذلك فإن الوضعية الصحية تدق ناقوس الخطر. فسبب الوفيات في الدول النامية يعود أساسا إلى الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب الناتجة عن التغير في النمط المعيشي، من نمط تقليدي إلى نمط حضري، حيث دخلت مواد غذائية في عادات الطعام تغلب عليها السكريات و الدسم و المواد المضرة بالصحة هذا من جهة. و من جهة أخرى قلة الحركة والتمارين الرياضية.

2- مرض الضغط الدموي وإنتشاره في العالم: إن الضغط الدموي من الأمراض غير المتنقلة وهي أمراض مزمنة. وتعتبر من المسببات الرئيسية للوفيات في العالم، وقبل التطرق إلى صورة هذا المرض في العالم لا بد من إعطاء لمحة طبية.

2-1- لمحة طبية عن الضغط الدموي: إن الضغط الدموي هو مرض مزمن، تلعب فيه الوراثة دورا ضعيفا جدا، حيث تتفق معظم المعاجم الطبية في تعريف الضغط الدموي على أنه "إرتفاع ضغط جدار الفجوة لأن ضغط السائل الذي تحتويه عالي عن المستوى العادي".[1] ويتحدد ضغط الدم من خلال مقياس الضغط داخل الأوعية الدموية. فهذا المرض هو المعيار الذي يشير إلى صلاحية عمل القلب بإعتباره مضخة صالحة دورها ضخ الدم في الدورة الدموية، وهذا لسد متطلبات الأجهزة والأنسجة المختلفة. فمن خلالها معرفة يمكن مدى صلاحية الشرايين، شرايين ضيقة أم مرنة. فضغط الدم يعقد على عاملين أساسيين وهما كمية الدم الذي يضخه القلب في الدقيقة ومدى مقاومة الشرايين لسير هذه الكمية التي يجري فيها. ومن هنا تبرز العلاقة المباشرة بين ضغط الدم وأمراض القلب المختلفة.[2] وفي هذه الحالة كل إنسان له ضغط طبيعي إذا حدث خلل فيه، فإنه يصبح مريض بمرض الضغط الدموي. وكما هو معروف طبيا فإن القلب هو الذي يقوم بضخ الدم في الشرايين والأوعية الدموية بفضل إنقباضات القلب، حيث "عندما تنتهي فترة إنقباض عضلة القلب، فإن عضلات الشرايين تعود وتنقبض تدريجيا بحيث تحافظ على بقاء ضغط الدم كاف بداخلها، يمكن معه إستمرار دخول الدم إلى الأوعية الشعرية لتغذية الخلايا ودفع الدم إلى الأوردة الشعرية. ولو أن هذا الضغط أقل من الضغط الذي كان موجودا حالة إنقباض عضلات القلب إلا أنه مازال كافيا لدفع الدم إلى الأوعية الشعرية". [3] وفي هذا الصدد فإن الضغط الدموي يقاس عن طريق

(1) Andre Domart et Jacques Bourneuf, Petit larousse de la Medecine, Op cit, P557.

(2) يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003، ص 310-311.

(3) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص130.

جهاز طبي يحدد مقياس الضغط داخل الأوعية الدموية، حيث نجد ضغط دموي إنقباضي وهو معروف بالضغط الأكبر والذي يشير إلى كمية الضغط عند إنقباض القلب ودفعه للدم في الوريد. أما الضغط الثاني فهو ضغط إنبساطي أي الضغط الأصغر ويدل على كمية الضغط المتبقية في الأوعية الدموية. وهذا في حالة إمتلاء القلب مجددا بالدم، حيث يجب أن تسترخى عضلة القلب تماما قبل أن تمتلئ مجددا بالدم، وأثناء ذلك ينخفض ضغط الدم لذا سمي بالضغط الإنبساطي أي إسترخاء العضلة.[1] ويحدث هذا الضغط في حالة إنبساط عضلة القلب. والفرق بين النوعين من الضغط من خلال "الضغط الدال على النسبة الموجودة بين قوة عضلة القلب وضعفها ومرونة الشرايين وعدم مرونتها، وعلى مقاومة الأوعية الشعرية وعدم مقاومتها".[2]

ويطلق على الشخص بأنه مريض بالضغط الدموي إذا حدد ضغطه الإنقباضي فوق 140 ملم زئبق وضغطه الإنبساطي فوق المقياس 90 ملم زئبق. وهو المقياس الذي حددته منظمة الصحة العالمية، وإذا تكرر الرقم السابق بإستمرار، نعتبر الفرد مصابا بمرض الضغط الدموي. [3]

وفي هذا الحال، يوجد نوعين من مرض الضغط الدموي، الضغط الدموي الأولي (الأساسي) والضغط الدموي الثاني، حيث أن النوع الأول مسبباته وظروفه مختلفة. إذ يتفق معظم المختصين الطبيين على بأن العوامل الوراثية والبيئية تلعب دورا فعالا في حدوثه. [4] وهو نوع غير قابل للشفاء، مزمن، لذا يوصي الأطباء المرضى بالعيش في هدوء نفسي. أما النوع الثاني من المرض، فهو مرض قابل للشفاء، بإستطاعة الطبيب مباشرة تحديد مسبباته. وغالبا ما تكون أمراض أخرى سببا في حدوث هذا النوع من المرض، حيث تؤكد الإحصائيات على أن "هذا النوع غير شائع، ولا يصيب إلا 5 % من الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع ضغط الدم بشكل عام (وهناك بعض الدراسات تشير إلى أن النسبة ترتفع لتصل من 10 إلى 20 % من النسبة الإجمالية".[5]

2-2- الوضعية الإبدميولوجية للضغط الدموي في العالم: إن الضغط الدموي مثل داء السكري، يصعب فيه تحديد الخط الفاصل بين المصاب وغير المصاب، بحيث أن عدد كبير من الأفراد هم في الحقيقة يعانون من الضغط الدموي، لكن يجهلون هذه الحقيقة. وهذا راجع إلى عدم فحصهم إكلينيكيا، لأن الإختبار الطبي هو الذي يكشف عن الحالة. فهذا المرض هو مرض مزمن يصنف في قائمة الأمراض السيكوسوماتية التي تتأثر بالحالة النفسية للفرد. إذ أن التغيرات التي حصلت في العالم منها الإجتماعية،

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 311.
(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 131.
(3) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 313.
(4) (5) نفس المرجع، ص 314.

الإقتصادية والسياسية كانت سببا في تدهور الوضع الصحي وإنتشار واسع للضغط الدموي الذي يعتبر مشكل عويص بالنسبة للصحة العمومية. ويحتل المراتب الأولى في الإصابة بالأمراض المزمنة ويحتمل أن يصبح دافع للإستشارات الطبية الأكثر إنتشارا في المراكز الصحية. فخطورته تتمثل في المضاعفات الدماغية والأمراض القلبية. وفي أغلبية الأحيان فإنه حوالي 90% من الإصابات بالضغط الدموي هي من نوع الضغط الدموي الأساسي أو الأولي وهو الأكثر خطورة وإنتشارا بين السكان. أما النوع الثاني وهو الضغط الدموي الثانوي، فنجد حوالي 10% من السكان يصابون به. وعلى هذا الأساس فإن الضغط الدموي هو مرض أكثر تكرار. إذ يتوقع أن يمس 1/3 من السكان. فهذا المرض يرتفع مع التقدم في السن خاصة في الدول المتقدمة. فكلما زاد سن الفرد كلما زاد إحتمال تعرضه للضغط الدموي وهذا في حالة وجود مسبباته. وينتظر إنتشاره أكثر من 50% إبتداءا من سن 65 سنة. أما بالنسبة للمرأة بغض النظر عن السن، فإن إنتشاره أقل مقارنة بمعدل المرضية بالنسبة لمرض القلب الوعائي. وفي هذا السياق، فإن الأشخاص السود، خاصة في سن المراهقة يصابون أكثر الضغط الدموي، فهو مسؤول عن المرضية والوفيات. ويرجع السبب في ذلك إلى العوامل الوراثية والخلقية وحتى البيئية. وقد حددت عوامل خطر هذا المرض بالمحيط المتمثل في الإستهلاك المفرط لمادة الصوديوم خاصة في السنوات الأولى من الحياة، الكحول، السمنة والتدخين. فهذه العوامل المعترف بها تؤدي إلى الإصابة بالضغط الدموي. فهذا المرض هو الأكثر خطورة للإصابة بالأمراض القلبية خاصة الأمراض القلبية الوعائية المرتبطة بالأوعية مع وجود 7 ملايين للوفيات في العالم كل سنة. وهذا حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2002. (1)

إن النوع الثاني من الضغط الدموي وهو الضغط الدموي الثانوي لا يسجل بمعدل مرتفع، بل نسبته قليلة جدا، إذ يقدر ما بين 5 إلى 10% من مجموع حالات الضغط الدموي الكلية. ومن أسبابه الرئيسية مرضى الكلى، حيث أن الكلية مسؤولة عن ذلك. (2)

وما هو ملاحظ أن الضغط الدموي يعرف أكثر لدى المرضى المصابين بداء السكري سواء كان السكري الخاضع للأنسولين أو غير الخاضع للأنسولين. فمن خلال بعض الدراسات، فقد تبين أن معدل إنتشاره من30 إلى70% لدى مرضى داء السكري.(3) وفي هذا الحال، فإن الضغط الدموي يؤثر على القلب.

3-مستويات الإصابة والوفيات بأمراض القلب في العالم: إن مرض القلب من الأمراض المزمنة التي عرفت تطورا مذهلا. لهذا السبب سعت المنظمة العالمية للصحة إلى وضع برنامج وإقتراب للتخفيف من معاناته. ولقد ركزت على المراقبة الطبية بإعتبارها أنجع سبيل لمكافحـة هذه الأمراض. وفي

(1) B. Bess, N.Lellouche, Cardiologie et maladies vasculaires, Epreuves nationales classantes, 2006, P P 19.20.
(2) Ibid, P 37.
(3) Bristol, Myers Squibb, HTA et diabète, La grande arche nord, Paris, 1996, P3.

هذا المنوال، فإن مرض القلب هو كل إصابة لجهاز القلب وتعطيل وظيفته. مثلا الغلاف الخارجي للقلب قد يصاب بالمرض، عضلة القلب ممكن أن تتعرض للإصابة وحتى شرايين القلب...الخ.

3-1- **لمحة طبية عن أمراض القلب:** يتكون القلب من "غشاء ظاهر، غشاء يبطنه من الداخل، وصمامات، وعضلات وأوعية دموية، وكل من هذه تصيبها الأمراض".[1] وقد تتعرض الدورة الدموية التي تتألف من شرايين وأوردة إلى المرض، حيث أن كل أعضاء الجسم ممكن أن تؤثر على جهاز القلب مثل جهاز الكلى، الرئة والأعصاب...الخ. وحتى أن الأمراض المعدية والروماتيزم تؤثر على القلب. وما هو معروف عند العامة أن مرض القلب في بعض الحالات يكون خلقي، حيث يولد الفرد وهو مصاب به، ويرجع ذلك مثلا إلى الوراثة أو إلى زواج الأقارب. ففي بعض الحالات إذا كان خلقي فإنه لا يؤثر على حياة الفرد. وعليه توجد عدة أنواع لمرض القلب، منها الأمراض القلبية الوعائية والتي تنقسم إلى كل من الضغط الدموي،المرض القلبي الإقفاري، الأمراض الوعائية المحيطية، الأمراض القلبية الخلقية، الروماتيزية. [2]

ويمكن تقسيم أمراض القلب إلى عدة أقسام أهمها ما يلي:

أ- أمراض الصمامات والألغاط القلبية: تعرف هذه الأمراض بمرض النفخ، إذ أن للقلب صوتين، يسمع أحدهما في بداية إنقباض البطين عند غلق الصمام ذي الشرفتين والصمام ذي الشرفات الثلاث لمنع عودة الدم إلى الأذينين. وأحسن موضع لسماع هذا الصوت هو قمة القلب. أما الصوت الثاني فيسمع في نهاية إنقباض البطين وعند غلق الصمامين الهلاليين اللتان تقعان في فتحة الشريان الرئوي والشريان الأورطي لمنع عودة الدم إلى البطين لأنهما يدخلان في دورة الإرتخاء والإنبساط لإستقبال الدم القادم لهما من الأذينين. وفي هذه الحالة يسمع الصوت بوضوح من خلال المسافة الثانية بين الضلوع من أعلى بجوار حافة القص اليسرى. فالمرض الذي يصيب القلب في هذه الحالة هو مرض النفخ أو الخرير. إذ نسمع نفخ أو خرير في القلب عوض سماع الصوت الأول أو الثاني. وقد يسمع نفخان كل منهما يحل محل صوت من صوتي القلب. فهذا النوع هو نفخ مزدوج أو لغط مزدوج. واللغط المنفرد يعبر عنه من خلال إضافة الصوت الذي حل محله، أو الصمام الذي أحدثه. ويعني ذلك نفخ في الزمن الأول أو نفخ في الزمن الثاني. [3]

والألغاط القلبية تنقسم إلى نوعين ألغاط وظيفية وألغاط عضوية، فالنوع الأول الألغاط الوظيفية منها ما هو خلقي، حيث يولد الشخص نتيجة شذوذ في تكون القلب أو نتيجة أمراض أصيب بها الجنين أثناء الحمل. ومنها ما هو مكتسب أي تظهر العلامات بعد الولادة، وذلك في سن معين من العمر سواء في الطفولة أو

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 137.

(2) Ministere de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lute intégrée contre les maladies non transmissibles, OP.cit, P 46.

(3) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 38.

في مرحلة البلوغ أو الشيخوخة. وقد يكون نتيجة الإصابة بأمراض الروماتيزم، الزهري وبعض الأمراض المعدية الحادة. هذا فيما يخص الألغاط الوظيفية.

وقد تكون التغيرات التي تحدث في الصمامات وتسبب النفخ تغيرات مرضية نتيجة ضيق أحد الصمامات أو إتساعها أو بسبب وجود خشونة وصلابة في أحد الصمامات. لذا لا يمكن للدم المرور عبرها بكل سهولة. فيحدث صوتا غير عادي عند مرور الدم على سطح الخشن من الصمام أو إحتكاكه غير العادي الصمام الذي تصلب. ونتيجة وجود ضيق، خشونة وصلابة في أحد الصمامات قد يحدث النفخ أثناء مرور الدم فيها. وإذا وجد إتساع في أحد الصمامات فإنه يحدث النفخ في الوقت الذي يجب أن يغلق فيه هذا الصمام لمنع عودة الدم منه. أو بسبب وجود إتساع في الفتحة، لذا لا يمكن أن يغلق الصمام عليها محكما الدم راجعا إلى الوراء. ونتيجة ذلك يقع النفخ غير العادي الذي نسمعه عوض الصوت العادي للقلب.

وتظهر تغيرات في القلب بسبب وجود نقص في وظيفة صمامات القلب. أهمها أن جزء من القلب يتضخم وهو الجزء الذي يزيد عليه العمل لكي يقوم بوظيفته بدون أن يحدث إختلال في الدورة الدموية. ففي حالة زيادة الهودات أو التغيرات أكثر فأكثر على الحد المعروف الذي يمكن أن يعدله القلب بتضخم عضلاته، فإن الدورة الدموية تختل ويحدث فشل القلب ويخفق في تأدية وظيفته. والعلامات والأعراض المرضية التي تظهر على المريض هي إرتشاح في القدمين، صعوبة التنفس وقلة الحركة. ويكون ذلك بعد بذل مجهود خاصة الصعود في السلم والمرتفعات. وقد تزداد ضربات القلب. ويمكن ملاحظة التحسن في وضعية المريض إذا إتبع هذا الأخير الإرشادات الطبية، وإذا أهملها تزداد حالته سوءا يوم بعد يوم وتظهر عنده عدة أعراض أخرى أشد من الأولى. [1]

ب- أمراض الشريان التاجي: إن أشهر الحالات التي يمكن للفرد أن يتعرض لها هي إنسداد في الشرايين القلبية، حيث يعتبر هذا الأخير من المسببات الرئيسية للوفيات. وقد يحدث ذلك بسبب إستمرار وتكدس الدهون أو ما يعرف بالكلسترول في الشرايين، حيث يعمل هذا الأخير على منع تدفق الدم في مساره الطبيعي. وفي هذا الصدد نجد إنسداد الشريان التاجي تتمثل وظيفته في تغذية عضلات القلب. ويمكن له أن يكون من المسببات الداخلية لحدوث الإصابة بأمراض القلب. [2] فحالات النوبة القلبية يمكن إرجاعها إلى مرض الشريان الذي يغذي القلب. فهذا الشريان يمكن تشبيهه بشبكة أنابيب المياه التي تغذي إحدى المدن. فإذا ما إنسدت أنبوبة صغيرة من هذه الشبكة إنسداد كاملا يتسرب الماء، نفس الشيء يحدث مع القلب،

(1) نفس المرجع، ص ص139، 140.

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 295.

فإنسداد الشريان يؤدي إلى إنقطاع تدفق الدم بجزء صغير من القلب ويصبح هذا الجزء عاطل لا يمكن للغذاء أن يصله، وبالتالي تحدث النوبة القلبية. [1]

إن القلب يتكون من شريانات لتموينه بالدم اللازم لغذاء عضلاته، ويسمى شريان التاج، حيث أن أحدهما في القسم الأيسر من القلب والثاني في القسم الأيمن منه. ويخرجان من شريان الأورطي في نقطة قريبة من فتحة الصمام الهلالي وفوقها مباشرة. وأيضا للقلب أوردة يصب بعضها في الأذينين مباشرة. وأغلبها يصب في الجيب الوريدي الإكليلي. وهذين الشريانان هما شرايين الجسم الأكثر حصولا على الدم نظرا لوجودهما في منبت شريان الأورطي بمجرد خروجه من القلب. فهذه البقعة لا تخلوا من وجود الدم فيها خلال إنقباض أو إرتخاء عضلات القلب. وهذا الأخير هو العضو الأكثر عملا تحتاج عضلاته إلى تموين مستمر بالدم لتغذيته. [2] ومن أهم الأعراض المرضية التي تنتاب الشخص المصاب التي لها علاقة بذا المرض هي آلام الصدر من جهة القلب خاصة في حالة الإجهاد والإنفعال، وهي معروفة بالذبحة الصدرية الإجهادية. وأيضا الذبحة الصدرية التي تحدث نوبة شديدة قد تكون ميتة يشعر با المرء كأنه يختنق من شدة الألم في صدره وينتشر الألم إلى ذراعه اليسرى أو الذراعين الإثنين. والثالثة إنسداد شريان التاج.[3] وقد يحدث هذا النوع أكثر عند فئات السن وبشكل ترددي متزايد عند الفئات العمرية الصغيرة. فعملية إنسداد الشرايين دون حدوث جلطة قاتلة ينتشر بشكل كبير في التمعات المتقدمة. [4]

وإنسداد الشريان التاجي ينتشر أكثر عند رجال الأعمال، كثيري المشاغل، زعماء السياسة والمفكرين خاصة الذين تشكل أشغالهم إنفعالات نفسية شديدة ولا يأخذون راحة جسمية لأنفسهم هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن كثرة الأكل، التدخين والمنبهات من قهوة، شاي ومنبهات أخرى كلها أسباب لذلك. حتى أن الإفراط في المواد الغذائية الدسمة مع حياة الراحة تساعد كثيرا في الإصابة بذا المرض. وفي هذا الصدد، فإن الأطباء يصابون بذا المرض بنسبة عالية مقارنة بأصحاب الأعمال اليدوية منهم المزارعون الذين تكون حياتم اليومية خالية من المشاكل والإنفعالات.[5] ويمكن للشخص المصاب بذا المرض أن يعيش عمرا طويلا مادام يكون محافظا على الإحتياطات الطبية التي يحددها الطبيب له. ويمكن القول أن القلب يعطي دما يمكن أن يلبي حاجيات الجسم في الحالة العادية الطبيعية. ولكن إذا زاد الإجهاد أو الإنفعال لا يمكن للشريان تلبية الطلب نظرا لضيقه.

(1) محمد عبد المنعم نور، مرجع سابق، ص 116.

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سخر مخامرة، مرجع سابق، ص 142.

(3) نفس المرجع، ص 143.

(4) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 295.

(5) مصطفى القمش، خليل معايطة، سخر مخامرة، مرجع سابق، ص ص 142-143.

جـ- صلابة الشرايين: إن صلابة الشرايين هو مرض يصيب شرايين القلـب ويحدث عادة بعد سـن 50 سنة، حيث تفقد الشرايين مرونتها وتصبح صلبة، فيكون سير التغيرات الشريانية بطيئا. وقد تكون سريعة حادة في سيرها فتظهر المضاعفات والأعراض المنبهة عن ذلك. ويحدث هذا أكثر عند الأشخاص الذين تجاوزوا سن 50 سنة ولا يعتنون بصحتهم، يستمرون في السهر والإجهاد والأكل المفرط وكثرة الإنفعالات النفسية. ونجد عكس ذلك عند الأفراد الذين يحرسون ويعتنون بصحتهم. وتعتبر الشيخوخة من الأسباب الرئيسية للإصابة بصلابة الشرايين. فهو النهاية الطبيعية لشيخوخة الشرايين. ويمكن تشبيه الفرد بالشجرة التي بلغت أقصى عمرها تجف فروعها وقشرتا وتظهر عليها علامات الضعف والفناء. وهذا شبيه لما يحدث للشرايين في جسم الإنسان. (1)

إن ضيق سعة هذه الشرايين يتبعها ضعف في تغذية وتموين أعضاء الجسم بالدم اللازم للقيام بوظائفها. إلى جانب سبب الشيخوخة المؤدي إلى تصلب الشرايين، توجد أسباب أخرى تتمثل في الإنفعالات النفسية، كثرة الإنشغالات، إجهاد الفكر أكثر من طاقته دون إعطاء له الراحة الضرورية، كثرة الطعام المشبع بالدسم وعدم إتباع قواعد صحية في التغذية. (2)

3-2- أمراض القلب وإنتشارها في العالم: إن مرض القلب من الأمراض غير المتنقلة، والتي تشكل تحد كبير للصحة العمومية في العالم. وهو أخطر وأعقد مرض عرفة الإنسان في المتمعات بعد داء السكري والضغط الدموي. هذا لا يعني بأنه لم يعرف مسبقا لكن نسبة الإصابة به كانت ضئيلة مقارنة بوقتنا الحالي، حيث أن التعرض للجلطة أو الذبحة الصدرية دون إنذار مسبق يؤدي في أغلب الحالات إلى الوفاة. وهذا ما يلاحظ في الواقع اليومي، إذ يسمع بأن شخص معين توفي بسبب توقف نبضات قلبه، أو سكة قلبية...الخ. فهذا المرض يصيب جميع الأشخاص في جميع القارات والبلدان حسب أوضاع البلد المعينة. إذ أن مستوى الإصابة بذا الداء يختلف من مجتمع لآخر ومن فئة إجتماعية إلى أخرى.مثلا "في الولايات المتحدة الأمريكية تعتبر نسبة الوفاة من 1إلى 3 لإجمالي حوادث الوفاة. فكل ثلاثة من المتوفين يصادفهم شخص متوفى من الإصابة بأمراض القلب، وكذلك الحال بالنسبة لدول أوروبا الغربية. فالنسبة مرتفعة جدا. ففي بعض الدول النامية هناك معاناة من إرتفاع المعدلات وبالتحديد بين الأشخاص الذين يتميزون بوضع إقتصادي جيد ومتكيفين مع بعض المعطيات والظروف المعيشية والحياتية للمجتمع الغربي وثقافته". (3)

وإستنادا إلى تقديرات المنظمة العالمية للصحة OMS لسنة 1999 في تقريرها الخاص حول الصحة في العالم لسنة 2000، فإن الأمراض القلبية الوعائية تمثل 157185 حالة للجنسين أي نسبة 10.9% منـها 81848 حالة ما يقارب 10.9% عند الذكور و 75337 ما يمثل 11.0% لدى الإناث. هذا فيما يخص عبء

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 145.

(2) نفس المرجع، ص 146.

(3) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 296.

المرض بمعدل سنوات العمر المصححة بإحتساب مدة التعوق، حسب السبب والجنس. أما بالنسبة لعبء المرض حسب أقاليم المنظمة العالمية للصحة، فنجد أن الأمراض القلبية الوعائية في الإقليم الإفريقي حسب مرتبة الوفاة عالية أطفال وبالغين تقدر بـ 7531 حالة وحسب مرتبة الوفاة عالية أطفال وعالية جدا بالغين نجد 6198 حالة. مقابل الإقليم الأمريكـي في حالة مرتبة الوفاة منخفضـة جدا أطفال وبالغين يقـدر العدد بـ 7273 حالة و7891 حالة بالنسبة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبالغين و1001 حالة فيما يخص وفيات عالية أطفال وبالغين. في حين نجد إقليم الشرق المتوسط حسب مرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبالغين يسجل 4367 حالة ومرتبة وفيات عالية أطفال وبالغين يقدر العدد بـ 10399 حالة. وفي نفس السياق فإن الإقليم الأوروبي عرف حالات مختلفة حسب مرتبة الوفاة، في حالة وفيات منخفضة جدا أطفال وبالغين 10254 حالة، وفاة منخفضة أطفال وبالغين 8726 حالة ومنخفضة أطفال وعالية بالغين 15010 حالة. وقد عرف إقليم جنوب شرق آسيا 4815 حالة للأمراض القلبية الوعائية في مرتبة وفاة منخفضة أطفال وبالغين و 42692 حالة في مرتبة وفاة عالية أطفال وبالغين. وأخيرا تقدر حالات الأمراض القلبية الوعائية في إقليم غرب المحيط الهادي 2584 حالة في مرتبة وفاة منخفضة جدا أطفال وبالغين و 30243 حالة في مرتبة وفاة منخفضة أطفال وبالغين. [1]

ويمكن توضيح الصورة أكثر من خلال الجدولين التاليين:

جدول رقم (02): يمثل عبء مرض القلب بمعدل سنوات العمر المصححة بإحتساب مدة التعوق حسب الجنس تقديرات عام 1999.

الجنس / المرض	ذكور		إناث		الموع	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
الأمراض القلبية الوعائية	81848	10.9	75337	11.0	157185	10.9
المرض القلبي الروماتيزي	3311	0.4	4444	0.6	7755	0.5
المرض القلبي الإقفاري	32792	4.3	26189	3.8	58981	4.1
الأمراض المخية الوعائية	24738	3.3	25118	3.7	49856	3.5
المرض القلبي الإلتهابي	4915	0.7	3979	0.6	8894	0.6

المصدر: منظمة الصحة العالية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص ص 190-191.

(1) منظمة الصحة العالية، مرجع سابق ، ص ص 190-191.

جدول رقم (03): عبء مرض القلب بالآلاف حسب أقاليم المنظمة العالمية للصحة وحسب مراتب الوفيات تقديرات سنة 1999.

أقاليم المنظمة / نوع المرض	الإقليم الإفريقي		إقليم الأمريكيتين			إقليم شرق المتوسط		الإقليم الأوروبي			إقليم جنوب شرق آسيا		إقليم غرب المحيط الهادي	
	مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة			مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة			مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة	
	عالية أطفال/بالغين	عالية أطفال/ عالية جدا	منخفضة جدا أطفال وبالغين	منخفضة أطفال وبالغين	عالية أطفال وبالغين	منخفضة أطفال وبالغين	عالية أطفال وبالغين	منخفضة جدا أطفال وبالغين	منخفضة أطفال وبالغين	منخفضة أطفال/ عالية بالغين	منخفضة أطفال وبالغين	عالية أطفال وبالغين	منخفضة جدا أطفال وبالغين	منخفضة أطفال وبالغين
الأمراض القلبية الوعائية	5731	6198	7273	7891	1001	4367	10399	10254	8726	15010	4815	42692	2584	30243
المرض القلبي الروماتيزمي	481	523	54	116	33	251	687	80	299	244	362	2730	21	1874
المرض القلبي الإفقاري	1632	1737	3298	2915	381	1484	3588	4757	2986	7113	1732	20133	721	6505
الأمراض المخية الوعائية	1712	1974	1410	2208	243	1041	2277	2857	2727	5584	2041	8639	1160	15982
المرض القلبي الإلتهابي	423	401	382	291	47	381	932	283	557	470	299	3314	81	1034

المصدر:منظمة الصحة العالية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص ص 190-191.

إن تكيف دول إفريقيا مع النمط الأوروبي أثر بشكل سلبي على صحة أفرادها.إذ أن معدل إرتفاع الدخل والمستوى المعيشي للسكان يصاحبه حتما إستهلاك مباشر للمواد الغذائية الخالية من الألياف، وهي مواد غنية بالبروتينات الحيوانية والدهون مما أدى ذلك إلى تفشي ظاهرة السمنة الزائدة وقلة الحركة. ونتيجة زيادة الغذاء وتوفره وتناول التغذية بطريقة لا عقلانية ظهرت مشاكل صحية كإصابات بأمراض القلب بمختلف أنواعه في العالم. وفي هذا الصدد يوضح يوسف الكندري بأن بعض الدول الأوروبية عانت من "التذبذب في معدلات الغذاء قبل وفي أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية. وهذا التذبذب ارتبط مع معدلات الزيادة والنقصان بالنسبة للتعرض للإصابة بأمراض القلب".[1] فالدول المتقدمة بصفة عامة بعد الحرب

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 296-297.

العالمية الثانية مباشرة عرفت معدلات منخفضة بأمراض القلب ولكن نتيجة التقدم الإقتصادي وإرتفاع المستويات المعيشية للسكان والتغير في نوعية التغذية سجلت معدلات عالية بذا المرض عكس الدول النامية. فتبني هذه الأخيرة لطرق العيش الراقية والزيادة في معدلات التغذية المستهلكة المؤدي إلى ظاهرة البدانة أدى إلى ظهور الإصابات بأمراض القلب بنسب متفاوتة في هذه الدول. وهذا لا يعني بأن الغذاء هو السبب الرئيسي في الإصابات القلبية بل هناك عدة عوامل منها ما هو وراثي ومنها ما هو بيئي. ولقد أدرك الأوروبيين مؤخرا عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالأمراض المزمنة، حيث حدث في هذه التمعات تغير في طرق المعيشة لدى الكثير من السكان لتفادي الإصابات القلبية، وهذا راجع إلى درجة وعيهم وزيادة مستوياتم التعليمية والثقافية. وبالفعل إنخفضت نسبة الإصابة بأمراض القلب في هذه الدول مقارنة بالدول النامية التي لا تزال تعاني الكثير من جراء هذه الأمراض.

إن التغيرات التي عرفتها الدول المتقدمة في شتى المالات والتي مست أيضا الدول المتخلفة كان لها التأثير المباشر على الصحة، حيث يقدم يوسف الكندري في هذا المال نموذج دولة الكويت التي عرفت "إرتفاعا عاما لمعدلات الإصابة بالأمراض المزمنة خاصة مرض القلب، حيث وصلت مستويات الإصابة إلى مراحل عالية جدا في السنوات الأخيرة، وذلك بسبب زيادة نسبة السمنة وإرتفاع معدلات الوزن نتيجة للأطعمة الغنية بالدهون الحيوانية. فهذه المعدلات المرتفعة من الإصابة قد خلقت لدى الكثير من الناس نوعا من الإحساس بخطورة ما تؤديه المعدلات العالية في تناول الغذاء والتقليل من الرياضة. فالملاحظ على سبيل المثال في الكويت إنتشار هذا النوع من الثقافة العامة في السنوات الأخيرة وبدأ كثير من الأشخاص يدركون خطر هذه المسألة، وذلك من خلال عمل برنامج غذائي متزن إضافة إلى ممارسة بعض من أنواع الرياضة المختلفة. وهذا ما يتم ملاحظته في الفترة الأخيرة على كثير من سلوكيات الناس وعلى نطاق واسع في المتمع. [1]

فحسب ما أقرته المنظمة العالمية للصحة OMS، فإن الإصابات بأمراض القلب سوف تعرف إرتفاعا ملحوظا. وهذا راجع إلى عوامل الخطر المعروفة، منها التدخين، العادات الغذائية السيئة، الضغط الدموي المرتفع وداء السكري، حيث أن هذين المرضين يعتبران من عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب بصفة عامة.

أما بالنسبة للوفيات بأمراض القلب، فهي تعرف إرتفاع حسب تقدير المنظمة العالمية للصحة. فإستنادا إلى التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، نجد أنه في سنة 1999، 30.2% أي ما يقارب 16970.000 وفاة في العالم وحوالي 27.6% أي 8059.000 بالنسبة للذكور مقابل نسبة 33.2% .وهذا يمثل 8911.000 بالنسبة للإناث، وذلك خاصة بالأمراض القلبية الوعائية. أما بالنسبة لمرض القلب الروماتيزي،

(1) نفس المرجع، ص ص 297-298.

فنجد 376.000 حالة وفاة. يعني 0.7% وفاة منها 154.000 أي 0.5% ذكور مقابل 222.000 أي 0.8% إناث. وإذا تطرقنا إلى مرض القلب الإقفاري، فإنه يمثل نسبة 12.7% وفاة أي 7089.000 وفاة تتوزع بين 12.2% ما يعادل 3556.000 ذكور و13.2% أي 3533.000 وفاة عند الإناث. وأخيرا نجد المرض القلبي الإلتهابي بنسبة 0.8% أي 445.000 حالة وفاة لكلا الجنسين. منها 238.000 حالة وفاة بنسبة 0.8% ذكور مقابل 216 حالة وفاة أي 0.8% خاصة بالإناث.

من خلال المعطيات السابقة، نرى بأن الجنس الأنثوي أكثر إصابة بالأمراض القلبية التي تختلف نسبتها من نوع لآخر، وقد يعود السبب في ذلك إلى إنتشار عوامل الخطر عند هذه الفئة بأكثر، مثل السمنة، قلة الحركة، التغذية غير الصحية مع زيادة معدلات الضغط الإجتماعي والنفسي في البيئة الإجتماعية.

جدول رقم (04): يمثل الوفيات بمرض القلب بالآلاف حسب الجنس لتقديرات عام 1999.

الجنس / المرض	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد بالألف	النسبة %	العدد بالألف	النسبة %	العدد بالألف	النسبة %
الأمراض القلبية الوعائية	8059	27.6	8911	33.2	16970	30.3
المرض القلبي الروماتيزي	154	0.5	222	0.8	376	0.7
المرض القلبي الإقفاري	3556	12.2	3533	13.2	7089	12.7
الأمراض المخية الوعائية	2530	8.7	3014	11.2	5544	9.9
المرض القلبي الإلتهابي	238	0.8	216	0.8	454	0.8

المصدر: منظمة الصحة العالية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص 198.

جدول رقم (05) : يوضح حالات الوفيات بالأمراض القلبية الوعائية حسب مراتبها في أقاليم المنظمة العالمية للصحة، تقديرات عام 1999.

الأقاليم			عدد السكان بالآلاف	عدد الوفيات بالآلاف
الإقليم الإفريقي	مرتبة الوفاة	عالية أطفال/ بالغين	286350	447
		عالية أطفال عالية جدا / بالغين	330085	488
إقليم الأمريكتين	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ بالغين	318235	1086
		منخفضة أطفال/ بالغين	424932	760
		عالية أطفال/ بالغين	69898	92
إقليم شرق المتوسط	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	136798	462
		عالية أطفال/ بالغين	348468	907
الإقليم الأوروبي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ بالغين	410233	1802
		منخفضة أطفال/ بالغين	215276	981
		منخفضة أطفال/ عالية بالغين	246336	1841
إقليم جنوب شرق آسيا	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	288750	428
		عالية أطفال / بالغين	1219492	3752
إقليم غرب المحيط الهادي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ منخفضة جدا بالغين	152882	392
		منخفضة أطفال/ بالغين	1513894	3527

المصدر : منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص ص 198-199.

حسب المنظمة العالمية للصحة لسنة 2002، فقد سجلت سنة 2002 أعلى معدلات الوفيات بسبب الأمراض التي تتعلق بتصلب الشرايين. ففي هذا الصدد نجد نسبة 29.3% من الوفيات خاصة بمرض القلب الوعائي، نسبة 12.7% خاصة بمرض القلب الإقفاري، الضغط الدموي 1.5% ومرض القلب الروماتيزمي تقدر الوفيات بـ 0.6%. [1]

(1)Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P46.

إن تصلب الشرايين ينتشر بشكل كبير في سن 50 سنة وما بعد، هذا في الحالات التي يهمل فيها الشخص صحته. فمن الميسور جدا تحسين حالته الصحية، ولا ينبغي أن يتوهم المرء من كثرة الوفيات بعد سن الخمسين بمرض القلب من أية مضاعفة من مضاعفات إرتفاع الضغط أو صلابة الشرايين، لأن هذا واضح بفضل الطب لا على تقصيره، حيث أن كثيرا من أمثال هؤلاء المصابين بأمراض القلب، الشرايين وإرتفاع الضغط كانوا يموتون في عهد سابق في سن الثلاثين أو الأربعين بسبب عدم تقدم الأبحاث الطبية في هذا المجال. وكان إهتمام الناس قليلا بالعناية الصحية، عكس ما هو موجود الآن، فقد ازداد الناس عناية بأنفسهم وأصبح لدى الطب وسائل جديدة لإرشادهم للطريق القويم الذي يجب عليهم إتباعه للمحافظة على صحتهم فطالت أعمارهم. وفي هذا الصدد كثير منهم بلغ السبعين وما فوقها، ومات في هذا السن بمرض القلب، ولكن عمره قد امتد عما كان مقدرا لأمثاله من المرضى بمرض القلب قبل خمسين سنة، عندما كان علاج هذا المرض قاصرا على الأدوية. وكانت الإرشادات، النصائح الطبية، قواعد التغذية، الأحوال النفسية، نظام المعيشة، الإبتعاد عن الإجهاد والإنفعالات النفسية ذات أهمية ثانوية، لا تعطى لها الأهمية مثل اليوم. ومن المحقق أن العناية بالشؤون الصحية بكل فروعها وبالطب الوقائي والعلاجي بكل شعبه كان لها أطيب الأثر في منع كثير من الأمراض وتخفيف وطأتا إذا ما وقعت والشفاء من أغلبها. بذا أمل حياة الفرد إرتفع عما كان عليه، كما زاد عدد الشعوب زيادة ملموسة.[1]

وقد تختلف معدلات الإصابة بالأمراض القلبية من مجتمع إلى آخر، فالمشكل لا يكمن في الإرتفاع في المعدلات فحسب، وإنما في كيفية التكفل طبيا، إجتماعيا ونفسيا بؤلاء المرضى وتقديم لهم الرعاية الصحية حسب إمكانيات كل دولة. مثلا في الدول المتقدمة في مجال الرعاية الطبية يتم تقديم أحسن الفحوص والعمليات الجراحية في هذا التخصص وتقديم العلاجات الوقائية اللازمة. ففي هذا الصدد التقدم بشتى مجالاته له إيجابياته في الرعاية الصحية. وفي الوقت ذاته نجد العكس في الدول النامية التي تعرف إرتفاع للإصابات القلبية ومعانات للمرضى بسبب نقص المعدات الطبية، قلة الإمكانيات ونقص الوعي الصحي الوقائي عند هذه الفئة من المرضى. لهذا السبب فإن الموارد الإقتصادية تلعب دورا فعالا في تقدم الطب من خلال الوسائل العلاجية والإجراءات الطبية للمعالجة والوقاية من أمراض القلب.

المطلب الثالث: سياسة المنظمة العالمية للصحة في إطار مكافحة الأمراض المزمنة:

إن الإستراتيجة التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة سابقا كانت تسعى إلى تحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000، حيث أقرتا الدول الأعضاء في المنظمة. وقد وصفت هذه الإستراتيجية بأنا مشاركة بين الحكومات ومنظمة الصحة العالمية والشعوب في العالم كله.[2] لكن في هذه الفترة عرفت دول العالم كارثة

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 149.

(2) هافدان ماهلر، "فلنقهر التدرن الآن وإلى الأبد"، الصحة العالمية، الناشر غير مذكور، البلد غير مذكور، عدد 42، أفريل 1982، السنة غير مذكورة، ص ص 2-3.

صحية وتدهور في المستوى الصحي لسكانا خاصة في الدول النامية آنذاك بسبب الإنتشار الواسع للأمراض المزمنة. ففي الماضي كانت نسبة الإصابة بالأمراض المعدية مرتفعة، والسياسة الصحة إرتبطت بالقضاء الكلي على هذه الأمراض، دون وضع في الحسبان النقلة الجديدة في نوعية الأمراض، من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة. وعليه إنتهجت المنظمة العالمية للصحة إستراتيجية أخرى لمكافحة أخطار هذه الأمراض غير المتنقلة، والتي تمثلت في وضع برامج شاملة إتبعته معظم الدول. وفي هذا الإطار نجد إستراتيجة خاصة بالمناطق الإفريقية وأخرى خاصة بالمناطق الأوروبية.

1- **إستراتيجية المناطق الإفريقية:** لقد لجأت المنظمة العالمية للصحة إلى وضع إستراتيجية خاصة بالدول الإفريقية. وذلك من خلال الإقتراب الكامل والإحاطة بالأمراض غير المتنقلة. فهذا الإقتراب هو وجه جديد لأنساق أداء العلاج الصحي، يهدف إلى تحقيق وجعل الصحة متساوية لدى جميع الشعوب في القارة. وأيضا يسعى إلى إلقاء الضوء على إحداث التوازن بين نشاطات الوقاية الكافية للشخص والمجهودات في المجال الصحي المخصصة للجماعات، حيث يرتكز على التكفل التام والإجمالي بالأمراض غير المتنقلة.

إن الفائدة الأولى من هذا الإقتراب، هي حصر كل العوامل المؤدية إلى الإصابة بذه الأمراض، حيث أنا معروفة، وتتمثل أساسا في التدخين، السمنة، غياب الرياضة والتلوث. أما الفائدة الأخرى، فتندرج في وضع هذه الأمراض موضع هدف، وفي نفس الوقت يمكن من خلالها ترقية الصحة وتحديد مقاييس الوقاية. فتحليل الوضعية الخاصة بذه الإستراتيجية يكشف لنا عدة حقائق أهمها قلة المعلومات الخاصة بذه الإصابات المرضية، زيادة أمل الحياة عند الفرد، عوامل الخطر معروفة عند أغلبية الأمراض غير المتنقلة والمضاعفات الناتجة عن هذه الأمراض مكلفة للغاية.

وعليه حددت المنظمة العالمية للصحة عدة مقاييس ومعايير لإنتقاء الأمراض غير المتنقلة حسب أولويتها، حيث يؤخذ في الحسبان مدى تأثيرها الرئيسي على الصحة العمومية، معرفة وتحديد أسباب الإصابة ومحدداتا و مدى إمكانية الوقاية والمتابعة الطبية. وفي هذا المجال، تعتبر الوقاية الأولية أنجع وسيلة لتفادي المرض، خاصة في حالة الأمراض المزمنة التي أعطيت لها الأولوية مثل الأمراض القلبية، الضغط الدموي، السكري، السرطان، الأمراض التنفسية والربو...الخ، حيث حددت عوامل خطرها الخاضعة للرقابة بفضل الوقاية، والتي تمثلت في التبغ، إستهلاك الكحول، التغذية، التحضر، السمنة، كثرة الدهون، الضغط الدموي وداء السكري.

إن معظم الدول الإفريقية تنتمي إلى دول العالم الثالث، التي تعاني كثيرا من المشاكل جراء هذه الأمراض وحتى الأمراض المعدية، والتي تكلفها أموالا طائلة في مجال الرعاية والتكفل الطبي. وللتخفيف من هذه المعانات سطرت المنظمة العالمية للصحة في إستراتيجيتها عدة أهداف لتحقيقها في هذا المجال أهمها،

تخفيض عبء الأمراض غير المتنقلة من طرف دورة نمط صحي سليم والتركيز أكثر على المتابعة والمراقبة الطبية التامة عند نهاية تحديد كمية العبء المرضي وإتجاهات عوامل خطرها. أما الهدف الآخر، فيتمثل في إصلاح الخدمات الصحية، ترقيتها والتكفل الجيد بالمصابين بالأمراض المزمنة وأيضا التركيز على الرعاية الأولية كهدف أساسي. وأخيرا تدعيم ومساندة الإقترابات من الوقاية.

ولتحقيق المساعي والأهداف، لا بد من إعداد تدخلات وأولويات، منها تقييم سريع لعبء الأمراض غير المتنقلة وعوامل خطرها. إضافة على ذلك، إنجاز دراسات أولية في كل الميادين والتركيز أكثر على التدخلات على الأقل في البرامج الوطنية الفعالة. وعليه يمكن تحديد مجموعات منسقة في مجال الأداء الطبي إما بالنسبة للدواء أو للوقاية من الأمراض غير المتنقلة أو لكليهما. ضف على ذلك، لا بد من إصلاح وتحسين قدرات المختصين في الصحة قصد التكفل الجيد بالأمراض غير المتنقلة، أي الإهتمام بتكوين الفئات المهنية المتخصصة. وأخيرا يجب تقوية ودعم الشراكة مع الفاعلين الإجتماعيين المندرجة في إستراتيجية الكشف.

ويمكن إبراز الإطار المخصص للعمل من خلال وضع مخططات بالتنسيق مع الوحدة أو الجماعة، حيث يتم تطوير البرامج الوطنية بأشكال واضحة من خلال رزنامة التطبيق الواقعي. وبإعتبار أن تحضير أو إعداد البرامج المخصصة لمكافحة الأمراض غير المتنقلة من الأمور الصعبة، فإن الأولوية ستكون بالتنسيق مع الإقتراب الكامل والكلي، حيث يتم تنظيم ورشات وطنية والوصول إلى إتفاق عند نهاية نشر الإستراتيجية ووضع نقاط للشبكات التي تسمح لنا بإعداد البرامج في إطار نسق الرعاية الأولية. وفي نفس المنوال، لا بد من أخذ بعين الإعتبار كل التدخلات للإعتراف كليا في البرنامج. وذلك لإدراك الإستراتيجيات لتخفيض عوامل الخطر.

إن نجاح أي عمل أو برنامج يحتاج إلى المتابعة والتقييم، كما هو الحال بالنسبة لإستراتيجية المنظمة العالمية للصحة بالنسبة للدول الإفريقية. إذ أن البلدان بعد تبنيها لهذا النموذج تستخدم مؤشرات المراقبة التي وضعتها المنظمة مع مساندتا، تدعيمها وأيضا مراقبة البرنامج. كما أن الإستراتيجية الحالية لتحقيق الهدف لمساندة البلدان الأعضاء تستدعي وضع مخطط عمل للسنوات العشر القادمة المتمثل في إستراتيجية كاملة لمكافحة الأمراض غير المتنقلة.[1]

وفي هذا المنوال، ركزت المنظمة العالمية للصحة في إستراتيجيتها على المراقبة والمتابعة الطبية، خاصة مراقبة عوامل خطر الأمراض غير المتنقلة من خلال إقتراب يدعى بإقتراب "STEP WISE" والذي هو أداة لمراقبة الأمراض غير المتنقلة المحددة من طرف المنظمة، مع تعيين المتغيرات المفتاحية لوسائل التحقيق وأيضا

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, P P 21-22-23.

المراقبة التي تسمح بإجراء المقارنة بين البلدان الأعضاء في الإقليم. ويمكن إعتبار هذا الإقتراب بأنه قاعدة للوقاية من الأمراض غير المتنقلة وعوامل خطرها الأكثر تأثيرا.

فتطبيق إقتراب "STEP WISE" وتطويره يشمل ثلاثة مراحل أساسية وهي:

المرحلة الأولى: تتضمن الإستمارات.

المرحلة الثانية: تتضمن الإستمارات ومقاييس فيسيولوجية مثل إختبار فسيولوجي بسيط.

المرحلة الثالثة: تتمثل في الإستمارات، مقاييس فسيولوجية كإختبار فسيولوجي بسيط وجمع عينات الدم أي التقييم البيولوجي.

ويمكن توضيح الرؤية أكثر من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح مراحل إقتراب "STEP WISE".

النماذج	مرحلة 1 إستمارة	مرحلة 2 مقاييس فسيولوجية	مرحلة 3 تحاليل بيولوجية
المركزي	متغير سوسيو-إقتصادي وديموغرافي، الكحول، التدخين، التغذية، قلة الحركة.	الأوزان، القامة، مستوى العرض ، الضغط الدموي.	الغليسيمي على الريق. الكلسترول الكلي.
المركزي الموسع	العادات الغذائية، التربية، مؤشرات حول الأسرة.	مستوى الورك	كلسترول، تغيقريسيريد.
إختياري أمثلة	سلوكات أخرى لها علاقة مع الصحة، الصحة العقلية، التعوق، الجروح.	المشي ساعة، مدى إستقرار حجم الجسم، تكرار النوبة القلبية.	إختبار لتحليل الغلوكوز، تحليل البول

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier, d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Alger, 2003, p24.

إن التوجه نحو نسق المراقبة حول الأمراض غير المتنقلة، يفرض تجاوز المرحلة الأولى المهمة للإنطلاق في المراقبة. وإستكمالا لذلك لا بد من متابعة ذلك بتحقيق قاعدي. فحسب المنظمة العالمية للصحة تحدد على الأقل عينة تتكون من 1600 إلى 2000 شخص من فئة العمر القاعدية أي 25-64 سنة، والتي تسمح بالحصول على معلومات كافية لكشف إتجاهات عوامل الخطر الواضحة حسب الجنس والسن. وبفضل ذلك يمكن السيطرة على الأمراض المزمنة نوعا ما. فتحقيق بعض المعطيات التي تقدم أحسن نوعية مقارنة بعدد كبير من النوعية الضعيفة يتطلب ذلك تأسيس أو إنشاء نسق لمراقبة روتين عوامل الخطر على مستوى وزارة الصحة، وهذا في الحقيقة حل مثالي. إلى جانب ذلك، فإن المراقبة تستدعي محصول من المعطيات على

قاعدة الروتين، حيث أن عدد كبير من البلدان نظمت نسق لمراقبة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة بنفس الطرق. ونتيجة لذلك يمكن إتباع نفس المنهج في العمل من خلال إستعمال نفس البنيات، نفس الخطة ونفس الأشخاص المختصين.

وكخلاصة لما سبق ذكره، فإن تطوير إقتراب المنظمة "STEP WISE"، يحتاج بالدرجة الأولى إلى الموارد المالية لإجراء مراقبة للأمراض غير المتنقلة. وبالتالي فإن التعاون الداخلي للبلدان يعتبر ضروري على المستوى الإجمالي والإقليمي للمشاركة في شبكة "STEP WISE" والتأكيد على المعطيات أو المعلومات الإجمالية للأمراض غير المتنقلة للمنظمة العالمية للصحة.(1)

2- إستراتيجية الإقليم الأوروبي: إن الإستراتيجية المخصصة للإقليم الأوروبي تتمثل في CINDI والذي هو contrywide integrated noncommunicable diseases intervention، حيث أسس هذا البرنامج سنة 1982 بمبادرة لمكتب إقليم المنظمة العالمية للصحة الأوروبي. ويهدف إلى التعريف و تحديد عوامل خطر الإصابة، حيث أن المنظمة العالمية للصحة تسعى من خلال هذه الإستراتيجية إلى تحقيق هدفين. الأول هو التقليل من معدل المرضية والوفيات بالأمراض غير المتنقلة عن طريق إتباع برنامج موحد متبني الوقاية كأساس للمكافحة. أما الهدف الآخر وهو هدف أساسي يندرج في التخفيض من عوامل الخطر المشتركة مع الأمراض غير المتنقلة.

ومن أهم نشاطات CINDI نجد ما يلي: - وضع بنية و تنظيم فعاليات أو نشاطات الوقاية.

- تطوير برنامج التربية الصحية المخصص للسكان.

- وضع الدعامات والمساندات المعلوماتية في مكانا بطريقة منهجية لتطور المؤشرات الموافقة أو المماثلة لعوامل الخطر و الأمراض غير المتنقلة.

- ترقية الوقاية في قطاع الصحة نحو التكوين، تنظيم العلاجات والتربية الصحية التي هي أساس العلاج.

- تقييم نتائج البرنامج قصد تحقيق أحسن تكفل يسمح بالإصلاح أو التقويم والتعديل كل مرة بإعتباره ضروري.

- تشجيع البحث في ميدان الوقاية والتركيز على نشاطات موحدة.

إن شبكة CINDI كشفت حاليا عن إنخراط 27 بلد، مع 20 بلد مشارك في تطوير البرامج الوطنية للوقاية ومراقبة الأمراض غير المتنقلة، مع أكثر من 100 موقع للإثبات أو البيان. فهدف المراقبة الكلية لهذه الأمراض في المنظمة العالمية للصحة يسمح للبلدان بإستغلال المعطيات التي جمعت لإتخاذ قرارات بغرض تخطيط محكم المصالح الصحة وتحديد الأولويات في الصحة العمومية عند نهاية بلوغ تخفيض هذه الوبائية البارزة للأمراض غير المتنقلة. (2)

(1) Ibid, P P 24-25.
(2) Ibid, P P 25-26.

المبحث الثاني: عوامل إنتشار الأمراض العصرية المزمنة في العالم داء السكري، الضغط الدموي والقلب.

لقد كان الطب في قديم الزمان يعتبر بأن المسببات الرئيسية للمرض هي مسببات بيولوجية وطبيعية بالدرجة الأولى، ولكن مع مرور الوقت إتضح جليا بأن هناك عوامل أخرى لها دورها وأهميتها في حدوث الأمراض منها الإجتماعية، الثقافية، النفسية والديموغرافية، حيث إرتبط الوضع الصحي للمجتمع بصفة عامة والحالة الصحية لأفراده بصفة خاصة بذه العوامل. ونتيجة لذلك، ظهرت عدة إسهامات في هذا المال منها الإسهامات السوسيولوجية، النفسية والأنثروبولوجية.

وكما يعرفه العامة والخاصة، فإن المجتمعات الإنسانية مرت بعدة مراحل، إنتقلت من مرحلة التقشف إلى مرحلة الرفاهية والتحديث منها الدول الغربية وحتى الدول غير الغربية. وهذا التحديث وقع في عدة مجالات منها المجالات السياسية، الإقتصادية، الإجتماعية، الثقافية والدينية أي عرفت هذه المجتمعات تغير إجتماعي في جميع أنظمتها. وهذا الأخير أدى إلى التغير في نوعية الأمراض. إذ عرفت المجتمعات القديمة أمراض معينة منها الأمراض المعدية بصفة عامة، ولكن التحكم الجيد في هذا النمط من الأمراض أدى إلى القضاء ولو بشكل ملموس عليها. ونتيجة التحسن الملحوظ في المستوى المعيشي وظهور التصنيع والرفاهية لسكان العالم نتج عن ذلك بروز نوعية جديدة من الأمراض تعرف بأمراض العصر وهي أمراض مزمنة. وقد كان للعوامل غير الطبية الدور الفعال في إنتشارها.

إن المجتمعات الحديثة عرفت نقلة جديدة في نوعية الأمراض، من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة. فهذا التحول في نوعية الأمراض راجع بالدرجة الأولى إلى التحسن والتقدم الطبي بنوعيه العلاجي والوقائي والذي أدى إلى القضاء على الأمراض المعدية والتخفيض من حدة الوفيات الخاصة بذه الأمراض. إلى جانب ذلك، فإن التحسن في المستوى المعيشي للأفراد أدى بدوره إلى القضاء على بعض الأمراض المعدية التي كانت تنتشر في المجتمعات القديمة. فالمجتمعات الحديثة عرفت إنتشار واسع للأمراض المزمنة منها داء السكري، الضغط الدموي و القلب...الخ. وأصبحت هذه الأمراض المسببات الرئيسية للوفيات في العالم. وهذا الإنتشار الواسع راجع بالدرجة الأولى إلى التغير في نوعية الغذاء والضغوطات الإجتماعية والنفسية المحيطة بالفرد، حيث يؤكد "كثير من الباحثين إرتباط الأمراض العصرية المزمنة مع عامل أساسي إضافة إلى العامل الجيني- والذي يتمثل في العامل البيئي. فلقد أكد كثير من الباحثين أن التغير في البيئة الغذائية والتغير في البيئة الطبيعية يلعب دورا في التسبب في حدوث مثل هذه الأمراض". [1]

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 62.

المطلب الأول: الوراثـة وإنتشار الأمراض المزمنة في العالم:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن الإستعداد للمرض من خلال عامل الوراثة من الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض المزمنة التي تنتقل عبر الأجيال، فإذا إجتمع كل من العامل الجيني الوراثي مع وجود العوامل المحفزة للقابلية للمرض يصاب الشخص بالمرض. لذا فإن العوامل الوراثية هي من خصائص الإنسان، حيث "أن لكل شعب خصائصه الصحية والوراثية. بل أن لكل جنس خصائص وراثية، يرثها الخلف عن السلف. ومع أن نظريات علم الإجتماع والنفس ترى أن الإنسان لا يرث سلوكا معينا عن أسلافه، ولكنه يرث خصائص بيولوجية معينة ومنها لون البشرة ولون الشعر أو العينين وطول أو قصر القامة، وفصيلة الدم...الخ وكذلك بعض الأمراض أو وسائل مقاومتها".[1] لذلك يمكن القول بأن حالة الإنسان الصحية هي في الواقع تفاعل للعوامل البيولوجية مع عوامل أخرى منها العوامل البيئية الإجتماعية وحتى الطبيعية. وفي هذا الصدد فإن بعض الأطباء يرى "بأن لبعض الأمراض عوامل وراثية مثل أمراض السكر، وضغط الدم وبعض أمراض القلب وبعض أمراض الدم، عدم التجلط وربما حتى بعض أنواع السرطان. وبعض الأمراض العقلية والنفسية (...) وغيرها من الأمراض". [2] وفي نفس السياق، يؤكدا كل من الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي على العلاقة الموجودة بين الوراثة والإصابة بالمرض المزمن،، حيث يرون بأن "زواج الأقارب قد تكون له آثار سلبية سيئة على صحة المواليد خاصة في مجال وراثة الأمراض. إذ أثبتت الأبحاث أن بعض الأمراض يمكن أن تنتقل بالوراثة مثل الصمم الوراثي ومرض السكر وضغط الدم وعدم تخثر الدم وبعض أمراض القلب وربما حتى السرطان...الخ".[3] إضافة على ما سبق ذكره، فإن العوامل الوراثية تؤثر بشكل مباشر على صحة الفرد، وقد تلعب دور فعال عبر الأجيال القادمة، حيث تتوارث بعض الصفات غير الطبيعية من جيل لآخر. حتى أنا لا تظهر بصفة مباشرة في الأم أو الأب ولكن قد يحملها ويتوارثها الأولاد والأحفاد. [4]

إن الأمراض المزمنة هي الأكثر إنتشارا بين الأجيال عن طريق الوراثة، خاصة الداء السكري الذي ينتقل عن طريق هذا العامل، وترتفع نسبته عند الأشخاص الأكثر إستعدادا للإصابة به. أي أنهم ورثوا عن طريق آبائهم وأجدادهم هذا الإستعداد. فإذا نظرنا إلى أهل المصاب بذا المرض وذريته وجدنا أن أكثر هؤلاء مصابين به،[5] إلا أن طريقة توارث المرض لا تزال غير مفهومة تماما. كما أن لا أحد يستطيع أن

---

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 79.

(2) نفس المرجع، ص 80.

(3) نفس المرجع، ص ص 35-36.

(4) أحمد الأمين حسن موسى، مذكرات في الصحة العامة والإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص 123.

(5) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص ص 163-164.

يؤكد بشكل قاطع إنتقال مرض السكر إلى أبناء مريض السكر، ويرى بعض العلماء أن ما يتم توارثه هو القابلية أو الإستعداد لهذا المرض الذي قد لا يظهر بناءا على العوامل الأخرى للمرض.[1]

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن عامل الوراثة يؤثر بنسبة 30% تقريبا على نقل المرض من جيل لآخر، ولا سيما عند من يكثرون المواد السكرية ويعيشون حياة خالية من الحركات والعمل.[2] فإذا كان الأب والأم مصابان بداء السكري، فإن إحتمال حدوث المرض في أطفالهما يقدر بـ 25% أي واحد من كل 4 أطفال. أما إذا كان أحد الوالدين مصاب بداء السكري والآخر ينتمي إلى عائلة يكثر بين أفرادها هذا المرض وهو غير مريض فيقل إحتمال حدوثه في الأطفال ويقدر بـ 10% أي واحد من كل عشرة أطفال. هذا بالنسبة لداء السكري، أما الضغط الدموي، فنجد أن العنصر الوراثي يلعب دورا هاما في الإصابة بذا المرض. فإذا كان أحد الوالدين يعاني من إرتفاع الضغط الدموي، فإن إحتمال إصابة إبنه تقدر بـ 25% طيلة حياته، وفي حالة ما إذا كان الوالدين معا مصابين، فإن نسبة إحتمال ظهور المرض عند الإبن ترتفع إلى أن تصل إلى 60%.[3] وهذا لا يعني أن الوراثة هي السبب الرئيسي للإصابة بذا المرض، بل هناك كثير ما ينجب مريض السكري ذرية معافة من هذا المرض على طول العمر. فالغالبية الساحقة لا يصيبها المرض إلا في سن 50 سنة أو ما بعد. وقد يكون المرض كامنا لا يظهر إلا في ظروف معينة كتعرض الشخص لصدمة نفسية مثلا. [4] وكإحتياط لتجنب الإصابة بالداء السكري مثلا هو مراقبة الأطفال الذين والداهما مصابان أو أحدهما أو بعض أفراد عائلته، وذلك من خلال مراقبة الأكل، إجراء التحاليل المخبرية على فترات وممارسة الرياضة، وهذا لإكتشاف المرض مبكرا.

وكخلاصة في هذا المال، لم تصبح الوراثة وحدها عامل ذو تأثير فعال في الإصابة بالأمراض المزمنة، بل هناك عوامل أخرى كالعوامل النفسية والإجتماعية عوامل مساعدة على الإصابة.

المطلب الثاني: التحديث والتحضر وإنتشار الأمراض المزمنة في العالم:

إن المتمعات الإنسانية التي تعرف الرفاهية، التقدم وتعيش التحديث قد مرت بعدة مراحل تاريخية وعرفت تغيرات في بنياتا على جميع المستويات. إذ إنتقلت من مجتمعات متخلفة إلى مجتمعات غنية بثرواتا الطبيعية والصناعية ، حيث تميزت في الماضي بوضع إقتصادي ضعيف يعتمد على الفلاحة، وقد عانت الفقر والحرمان نسبيا. وهذا الفقر ارتبط بوضع صحي معين وهو إنتشار واسع للأمراض المعدية التي لها علاقة طردية مع المستوى المعيشي المنخفض. وحتى في وقتنا الحاضر لا تزال بعض دول العالم منها دول العالم الثالث خاصة الإفريقية تعرف ظاهرة الفقر. وفي نفس الصدد، فإن الدول المتقدمة مرت بمراحل التحول

(1) أيمن الحسيني، مرجع سابق، ص 8.
(2) حامد محمد هرساني، مرجع سابق، ص 45.
(3) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 318.
(4) محمد رفعت، مرجع سابق، ص 331.

الديموغرافي وإنتقلت من وضع صحي وبائي إلى وضع صحي مزمن، حيث بدأت تظهر بعض الأمراض غير المتنقلة وأصبحت من المسببات الرئيسية للوفيات. وهذا تزامنا مع ظهور التحديث، التصنيع والتحضر في هذه التمعات. وتعتبر هذه المرحلة من أهم مراحل الإنتقال، لأنه تم من خلالها الإنتقال المرضي في هذه التمعات عند بداية القرن العشرين تقريبا حيث أصبح هناك تحول رئيسي في مسببات الوفاة، وذلك بسبب بعض الإجراءات الوقائية التي تم إستخدامها وإستحداثها. فكثيرا من الأمراض المعدية لم تعد تسهم في حالات الوفيات في التمعات المتقدمة. بينما ظلت هذه الأمراض المعدية في بداية القرن العشرين موجودة ومنتشرة في كثير من أقطار البلدان المتخلفة والتمعات النامية. ولعل من الأسباب الرئيسية للوفاة في الوقت الحالي هي الأمراض العصرية المزمنة.[1] فعملية التغير في الوضع الإجتماعي، الثقافي والإقتصادي للمجتمعات الإنسانية يعتبر عنصرا مهما في إنتشار الأمراض العصرية المزمنة مثل أمراض شرايين القلب، السرطان، مرض السكري وإرتفاع الضغط الدموي. فهذه الأمراض مرتبطة مع تلك التمعات التي تعاني من التغير الإجتماعي والتحديث الذي هو من أحد أهم العوامل الخطرة الفعالة للنتائج الصحية، وليس من آثارها تلك الأمراض فحسب، بل إن بعض أسباب الوفاة التي يمكن أن تحدث هي نتيجة للإصابة ببعض هذه الأمراض، مثل أمراض القلب وأمراض السرطان اللذين أصبحا سببين لحدوث حالات الوفاة، ولهما تأثير فعال على الوضع الصحي في الوقت الحاضر من الماضي الذي كانت تنتشر فيه الأمراض المعدية وهي من مسببات الوفاة في التمعات التقليدية آنذاك. فالتغير الإجتماعي والإقتصادي صاحبه تغير في مستوى المعيشة لسكان العالم. والذي بدوره أدى إلى التغير في أنماط الأمراض. مثلا دولة الكويت تعرضت لعملية تغير سريع مميز في العقود الأخيرة بسبب عوامل التحديث والإنخراط في نمط الحياة الغربي وجزئيا في النظام الصناعي. واتخذت هذه التمعات نموذجا جديدا خاصا في نمط المعيشة للحياة الحديثة الذي فرض مطالب منها التغير في نوعية الغذاء المستخدم والتقليل من إستخدام الطاقة البشرية والنشاطات الحركية، وأيضا التغير في طريقة الحياة الخاصة بالأفراد. فقد إرتبطت العوامل الإجتماعية والإقتصادية بالتغيرات الحاصلة في طرق العيش المستمدة من التمع الغربي الذي صاحب السيطرة على الوضع الإقتصادي العالمي.[2] فالمنظمة العالمية للصحة قد أدمجت التحضر وما ينتج عنه من قلة النشاط الحركي من أهم عوامل الإصابة بالأمراض المزمنة، ويتأكد ذلك من خلال التحقيقات التي أجريت في هذا الصدد. إذ أن الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان بالجزائر بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة في إطار إقتراب "Step Wise" * على منطقتي سطيف ومستغانم سنة 2003 على عينة تتكون من 4136 شخص أثبتت أن معدل إنتشار عدم النشاط في العمل

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 287.

(2) نفس المرجع، ص ص111- 113.

* لمزيد من المعلومات أنظر إلى هذا الفصل، عنصر سياسة المنظمة العالمية للصحة في إطار مكافحة الأمراض المزمنة.

قدر بـ 49.1% لكلا الجنسين ومعدل إنتشار التحضر في مجال النقل وعدم المشي مثل معدل 52.1%. وأخيرا معدل التحضر في وقت الفراغ هو 95.5%. ويتضح ذلك من خلال معطيات الجدول التالي: [1]

جدول رقم (07): يمثل توزيع المبحوثين حسب النشاط الحركي وحسب السن والجنس.

السن	معدل إنعدام النشاط في العمل		معدل التحضر في النقل		معدل التحضر في أوقات الفراغ	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
34-25	660	46.3	758	53.1	1347	94.4
44-35	555	45.8	634	52.3	153	95.1
54-45	463	50.1	468	50.5	899	97
64-55	352	61.6	293	51.4	550	96.5
الرجال	872	53.6	446	27.4	1534	94.2
النساء	1158	46.2	1707	68.1	2415	96.3
الموع	2030	49.1	2153	52.1	3949	95.5

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2004, P3.

ما يمكن إستنتاجه من معطيات الجدول هو أن التحضر والتطور في شتى الحالات وحتى في الوضع الإقتصادي أدى إلى التغير في نوعية التغذية التي كانت لها سلبياتا على صحة الفرد. فالتمع المتحضر يعتمد أساسا على الأكل الخفيف. إلى جانب ذلك القلة في الحركة والنشاط الجسدي. مثلا مرض السكر المنتشر بشكل كبير في التمعات المتحضرة هو أحد أبرز المشكلات الصحية التي تواجهها هذه التمعات في الوقت الراهن. فهذا الخلل الفسيولوجي لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم العوامل التي أدت إلى حدوثه في هذه التمعات، والتي من أهمها التغير في البيئة، في الغذاء وفي طرق الحياة ونمط التغذية، حيث أصبح هذا التغير يعرف على أنه عامل أساسي في وجود بعض الأمراض، وهو من أبرز نتائج التحديث.[2]

إن عملية الإتصال الثقافي لعبت دورا بارزا، بسبب إنخراط وإندماج كثير من التمعات التقليدية في التمعات الأكثر حداثة وتطورا، حيث أن هناك تأثير كبير للمعطيات الثقافية الخاصة بالتمعات المتقدمة، والتي تركت بصماتا الثقافية على التمعات التقليدية. فهذا الإتصال المستمر والمكثف قد ولد نوعا من التأثير الثقافي على هذه التمعات. فأصبحت هناك تغيرات في الخبرات الإجتماعية، الثقافية والخبرات

(1)Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2004, P3.

(2) يعقوب وسف الكندري، مرجع سابق، ص 66-67.

التكنولوجية، مما أدى ذلك إلى تأثير التكيف مع الحقائق الثقافية والنفسية وإصابة الخلل والفوضى، وقد انسحب الخلل أيضا على الصحة العامة.[1]

يعتبر التغير الإجتماعي وما يتضمنه من عناصر أحد المؤثرات الإجتماعية لإنتشار الأمراض المزمنة في العالم خاصة الأمراض السيكولوجية التي لها علاقة مباشرة بالحالة النفسية والضغوطات الإجتماعية، حيث أبرزت بعض الدراسات أهمها دراسة "هولمز ومارسودا Holmes et Marsuda " التي تدف إلى إبراز تأثير التغير الإجتماعي على الإصابة بالمرض خاصة المرض النفسي، والتي إستخدما فيها مقياس التكيف أي إعادة التكيف الإجتماعي، أن نسبة الذين يواجهون تغيرات جذرية في واقعهم الإجتماعي هم الأكثر شكوى من الأعراض المرضية مقارنة بالذين لا يشعرون بأعراض مرضية.[2] وفي هذا السياق، فإن التغيرات التي حدثت في البناءات الإجتماعية، الإقتصادية، الثقافية والسياسية للمجتمع وخاصة التغيرات غير المخطط لها لها سلبياتا وإيجابياتا. لهذا السبب "يعتقد كل من توفلر Toffler و Lauer أن التغير الإجتماعي سواء من حيث المعدل أو من حيث الطبيعة يؤثر في مستويات الصحة والمرض فعندما يكون التمع بمؤسساته ونظمه وقيمه وعاداته وتقاليده في حالة تغير اجتماعي سريع وشامل تزداد إحتمالات الضغوط وصعوبات التكيف التي ترتبط بالحالة الصحية للفرد والجماعة".[3] وعليه يمكن القول أن التغير الإجتماعي وما يتضمنه من عناصر يمكن أن يساهم في إنتشار الأمراض غير المتنقلة.

المطلب الثالث: التغير في نوعية الغذاء وعلاقته بالإصابة بالأمراض المزمنة في العالم:

يعتبر الطعام عنصرا أساسيا لإستمرار الحياة، فبالغذاء توجد الحياة ويبقى الكائن حي، ينمو ويكبر. وفي المقابل، يمكن أن يكون الغذاء وسيلة أو عاملا لعدم البقاء. ولذلك، فإن موضوع الغذاء ومدى إرتباطه بصحة الإنسان هو أحد أهم المباحث الرئيسية التي تحاول بيولوجيا التموعات السكانية التركيز عليها ودراستها. فالأمراض من الممكن أن تتأثر وتزداد بشكل مباشر بواسطة الغذاء، نوعيته وكميته. وهي في الغالب ترتبط مع التغير الذي يحدث لتمع ما أو ما يسمى بعوامل التحديث.[4] وعليه فإن الطعام أكثر من مجرد غذاء في كل التمعات الإنسانية، إذ يلعب عدة أدوار، فهو يؤثر ويتأثر بشكل كبير بالمفاهيم الإجتماعية، الدينية والإقتصادية في الحياة اليومية للإنسان. إضافة إلى ذلك، فمن الممكن أن ينتج عنه نوع من علاقات إجتماعية بين الفرد والآخرين، وبين الفرد وواجباته، وبين الفرد والبيئة الطبيعية.

إن إنتقال التمعات من مجتمعات تقليدية إلى مجتمعات صناعية صاحبه تغير في نوعية الغذاء، من أغذية غنية بالألياف إلى أغذية غنية بالدسم، الدهنيات والسكريات. وأصبحت أغلب المأكولات معلبة

(1) نفس المرجع، ص ص 129-130.

(2) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص 101-102.

(3) نفس المرجع، ص 101.

(4) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 126-127.

سواء تصنع في البلد أو تستورد من الخارج. ونتيجة الممارسات والسلوكات غير الصحية والعادات الغريبة التي تبناها السكان في العالم نتجت عنها مشكلات صحية أهمها مشكلة البدانة التي لها نتائج وخيمة على صحة الفرد، والتي تؤدي إلى أمراض معينة منها داء السكري، الضغط الدموي والقلب، وحتى أنواع معينة من السرطان. فهذا التغير في الغذاء أدى إلى إنتشار مثل هذه الأمراض، حيث أصبح الشخص في العالم يمتنع عن الحركة والمشي ويلجأ إلى ركوب السيارات والحافلات. وهذا السلوك إنعكس سلبا على الصحة. فهذه الظاهرة معروفة أكثر في الدول العربية مثل دولة الكويت، حيث يقدم لنا المؤلف يوسف الكندري في كتابه "الثقافة والصحة والمرض" نموذج عن هذا البلد في مجال علاقة التغير في النمط الغذائي وإنتشار الأمراض المزمنة، حيث عرفت الكويت إنتشار مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب والسرطان وهي تزداد نسبتها نتيجة مباشرة، طبيعية وأساسية لهذا التغير في الغذاء. فهو يرى بأن هذه الدولة أصابا تغير بيئي في محيطها، إنتقلت من مجتمع صحراوي فقير يعتمد على نمط معيشي تقليدي إلى مجتمع صناعي غني بثرواته النفطية كمصدر للعيش. وهذا أدى بدوره إلى التغير في مظاهر الحياة، رفع من مستوى رفاهية الشعب الكويتي والتحسن الغذائي. ولقد تم تحول كبير في الغذاء نتيجة الإنفتاح الخارجي وأصبح جلب الطعام، إستهلاكه وطلبه من المسائل السهلة. فالتحول البيئي لا شك أنه كان أحد العوامل المهمة في حدوث بعض الأمراض المزمنة التي لم تكن معروفة سابقا، حيث يرى بأن الوضع الجديد الذي تكيفت معه التمعات النامية أدى إلى زيادة الوفيات والأمراض خاصة الإصابات بشرايين القلب نتيجة التغير والتحول الإقتصادي بإتجاه التحديث والتصنيع. [1]

لقد حددت الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض المزمنة المرتبطة بالنمط المعيشي وأصبحت معروفة لدى العام والخاص. إذ نجد في المقدمة الإكثار من تناول المأكولات الغنية بالدسم، الدهنيات والسكريات. وحتى كثرة شرب المشروبات الكحولية، الماء والسوائل، خاصة الإفراط في شرب المنبهات مثل الشاي والقهوة وكثرة التدخين مع السهر طويلا و إجهاد الجسم وأعضائه جسميا، عضليا وفكريا ...الخ.[2] فعملية التغير من الغذاء الصحي إلى غذاء أقل كفاءة وفائدة يؤثر بشكل سلبي على صحة الإنسان، لأن الغذاء التقليدي يحتوي أغلبه على كمية كافية من الألياف والفيتامينات المستمدة أغلبها من الخضروات والفواكه. إذ تستهلك بشكل كبير في الوجبات الغذائية. أما الآن، فإن معظم الأغذية تحتوي على كمية كبيرة من الدهون، الصوديوم والسكر، والتي لها الأثر الأكبر في النهاية في إنتشار كثير من الأمراض العصرية المزمنة وإنتشارها".[3] فالتمعات التقليدية تعتبر مجتمعات معزولة جغرافيا عن التمعات المتحضرة، فهي متكيفة تماما مع البيئة الطبيعية التي تنتمي إليها. وأعضاؤها يتمتعون بمستوى جيد من الغذاء والصحة بشكل

(1) نفس المرجع، ص ص63، 113،114.

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 147.

(3) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 131.

عام، حيث أن أغلب الأمراض التي يعاني منها أفراد هذه التمعات هي تلك الأمراض المعدية وغياب أمراض القلب، السرطان، ضغط الدم ومرض السكري. وقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل، أهمها الغذاء، نوعية وكمية الطعام الذي استخدم على أنه عامل أساسي لحماية أو إصابة الإنسان ببعض الأمراض. وذلك ينعكس بالضرورة على التمع بأكمله. فالحالة الصحية للمجتمع يمكن أن تتأثر بواسطة التغير الاجتماعي والثقافي. وذلك من خلال الزيادة في الإصابة بالأمراض المزمنة المذكورة. وفي نفس السياق، فإن بعض الأخطاء الشائعة عند الكثيرين من الناس، هي أن داء السكري ينتج عن الإفراط في تناول الحلويات، ولكن هذه الحقيقة غير صحيحة، بل أن كثرة تناول المأكولات، وإن لم تكن من الحلويات، تؤدي إلى الإصابة بداء السكري، نتيجة زيادة الوزن وظهور مشكلة البدانة التي هي الشرارة الأولى والأساسية لإمكانية الإصابة بالسكري، حيث لوحظ تدني نسبة الإصابة بذا المرض أثناء الحاعات والحروب، بسبب قلة المأكولات، ثم تعود هذه النسبة إلى طبيعتها السابقة عند إنتهاء الحاعات والحروب.[1]

إن أسباب التغير في نوعية الغذاء كان نتيجة التغير في نمط الأسرة، لأن الأسرة الكبيرة التي كانت تقدم دعما لأبنائها في إعداد وتوفير الطعام، لم يعد موجودا اليوم في أغلب الحالات، خاصة في التمع الغربي. فلم تعد مسؤولية الزوجة وحدها في إعداد الطعام في كثير من التمعات، بل يشترك فيه الزوجان في أغلب الأحيان. وقد ارتبط ذلك أيضا بعمل المرأة وتعدد مسؤولياتا في التمع العربي الحديث. فهذه المسؤوليات قد فرضت عليها دورا مختلفا عما كان في السابق. فقد أصبح لها دور مختلف اتجاه نفسها، زوجها وأبنائها من حيث النظام الغذائي المتبع. فالتمع الخارجي أيضا أصابه نوع من التغير نتيجة التحضر والإتصال المباشر بالتمعات المتقدمة. وقد تغيرت الرعاية الصحية، حيث أثر ذلك بدوره على آراء وأفكار الفرد في استخدام أنواع من الأطعمة الجاهزة السريعة التحضير. فالوفرة المادية والسهولة في إعداد وتحضير الطعام ساعدت على إقتناء هذه النوعية من الأطعمة. فهناك تغير واضح وبارز في الطعام والذي يؤثر بدوره على صحة الإنسان.

وفي هذا الصدد حدثت عدة تحولات في الغذاء نتيجة عدة عوامل منها تغيرات في البناء الإجتماعي للأسرة وفقدان الدعم الذي يتلقاه الفرد من الأسرة الكبيرة. وأيضا تغير وضع المرأة الإقتصادي ودورها، خاصة في مجال العمل. مما أدى إلى التغير في الإتجاهات والقيم الخاصة بشكل الجسم الملائم والأكثر جاذبية. بالإضافة على ذلك، إستخدام الوسائل والممارسات الحديثة للرعاية الصحية. فهذه التغيرات التي تم ذكرها أثرت بشكل كبير على الوضع الغذائي الخاص بالأسرة بشكل عام. فمن المعروف أن الغذاء المليء بالألياف مثل الفواكه والخضروات يحمي الإنسان من التعرض لكثير من الأمراض مثل مرض السكري وأمراض القلب، حيث أثبتت بعض الدراسات الخاصة في شؤون الغذاء والتغذية عن وجود كميات كبيرة

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 164.

من الألياف في الخضروات والفواكه وينصح الأطباء والمختصون في شؤون التغذية الإكثار من تناولها نظرا للفائدة المرجوة من الألياف فيها إلى درجة أنهم فرضوا أن تحتوي الوجبة اليومية على 33% تقريبا من هذه المواد الغذائية، أي بمعدل ثلث الغذاء أو الوجبة اليومية للإنسان. ووجود مثل هذه النوعية من الغذاء والذي يحتوي على الألياف لا شك أنه موجود ومتوفر في المجتمعات التقليدية. فالغذاء الصحي أو المتكامل ينعكس على صحة الإنسان، وطبيعة الغذاء في المجتمع تنعكس على صحة الإنسان. وقد أكدت الباحثة "إيتن Eaton (1977) " على أن هناك تغيرا في الغذاء أصاب المجتمعات المتصلة بالمجتمع الغربي. والذي كان له تأثيرا كبيرا في التقليل من الألياف في الوجبات الغذائية وزيادة إستخدام السكريات، حيث إستخلصت من دراستها أن ظهور وإنتشار مرض السكر ما هو إلا نتيجة للتغير في الغذاء ومكوناته. فهذا المرض مرتبط بتغير الغذاء الذي أدخل على الأطعمة احتوى على كثير من السكريات وزيادة في محتوى الكربوهيدرات، والذي ارتبط في النهاية ارتباطا مباشرا بالتغير الإجتماعي الثقافي الذي أسهم في حدوث هذه النقلة.

ويقدم يوسف الكندري مثالا عن التغير في نوعية التغذية في دول الخليج العربي حيث يعتبره أحد أبرز الأمثلة في عملية الإنتقال الغذائي أو التبدل في النظام العادي في الغذاء لدى سكانه. فنتيجة للثروة النفطية والوضع الإقتصادي العالي، حصلت تغيرات في الغذاء وطبيعته بشكل كبير. فبالرغم من قلة الدراسات الأنثوجرافية التي تصف طبيعة الغذاء الخاص في مجتمعات الخليج ما قبل النفط، فإنه من المؤكد أن هناك أنواعا متعددة من الأغذية قد بدأت تستهلك، وذلك راجع إلى الإحتكاك والإتصال الثقافي المستمر والمكثف مع المجتمعات المتقدمة.[1]

وللتخفيف من أعباء الأمراض غير المتنقلة سعت المنظمة العالمية للصحة إلى تحديد عوامل الخطر، والتي تتمثل أساس في إستهلاك الكحول والتبغ، التحضر، الضغط الدموي، إرتفاع معدل الكلسترول، نسبة السكر في الدم، السمنة والتغير في نوعية التغذية. إذ أن هذه الأخيرة من أهم العوامل المؤدية إلى الإصابة بذه الأمراض. وللتقليل من نتائج هذه الأمراض أجريت عدة تحقيقات في البلدان التابعة للمنظمة العالمية للصحة في إطار إقتراب المنظمة العالمية للصحة "Step Wise". والجزائر من بين هذه الدول التي تبنت هذه السياسة، حيث جرت بدراسة سنة 2003 في هذا الإطار في مدينتي سطيف ومستغانم على عينة من المبحوثين أي 4136 شخص. وتدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير عوامل الخطر المذكورة سابقا على الإصابة بذه الأمراض. ففي هذا التحقيق تبين أن نسبة كبيرة من المبحوثين لا تتبع نظاما معينا في التغذية على الأقل إستهلاك 5 أنواع من الفواكه والخضر يوميا على مدة أسبوع. ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي.[2]

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 130- 132.

(2)Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Op. cit, P 3.

جدول رقم (08): يمثل توزيع المبحوثين حسب مدى إستهلاك الخضر والفواكه.

الجنس / السن	الذكور		الإناث		الموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
34-25	290	57.4	501	54.3	791	55.4
44-35	257	54.7	423	57	680	56.1
54-45	207	53.4	302	56	509	54.9
64-55	142	57.3	186	57.8	328	57.5
الموع	896	55.6	1412	55.9	2308	55.8

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2004, P 3.

وكما هو معروف علميا، أن الخضر والفواكه تحتوي على نسبة كبيرة من الألياف التي تحمي الإنسان من الإصابة بعدد كبير من الأمراض منها السكري ومرض القلب. لهذا السبب ينصح الأطباء مرضاهم وحتى الأصحاب بتغذية متزنة وتناول الخضروات والفواكه عوض تناول اللحم يوميا نظرا للفائدة من ذلك. فالطعام لا يعتبر مجرد غذاء فقط، وإنما يرتبط بثقافة الفرد من خلال طريقة إعداده، حيث يؤكد "الأنثروبولوجي ليفي ستروس Levi-Strauss إن كل مجتمع من المتمعات له لفتة الخاصة التي يتحدث بها، إضافة إلى ذلك، فإن كل مجتمع من المتمعات أيضا له أسلوبه، وطريقته في تحضير الطعام وإعداده وطبخه. فعملية تحويل الطعام من مادة أساسية إلى مادة مطبوخة محضرة، هي مسألة ثقافية، وتختلف من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى".[1] فكل ثقافة لها نمطها الغذائي الخاص بها، ومن ثم يتعرض كل مجتمع إنساني لتأثيرات صحية تختلف عن المتمع الآخر، وقد يكون الغذاء أحد أبرز مسبباته، لأن نوعية وكمية الطعام إستخدمت على أنها عامل أساسي لحماية أو إصابة الناس ببعض الأمراض، وذلك ينعكس بالضرورة على المتمع بأكمله. فالحالة الصحية يمكن أن تتأثر بالتغير الإجتماعي الثقافي، وذلك من خلال الزيادة في الإصابة بالأمراض المزمنة المذكورة.[2] ونتيجة التغير في نمط الغذاء ونوعه وإنتشار المأكولات الخفيفة التي تحتوي على كمية كبيرة من الدهون والسكريات، فإن الفرد أصبح يعاني من مشكل السمنة التي تعتبر مسببا من مسببات الإصابة بالأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب. إذا فالغذاء أحد أبرز العوامل المؤدية إلى السمنة والمؤدية بدورها إلى إنتشار الأمراض المزمنة.

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 114.

(2) نفس المرجع، ص ص 125، 129.

المطلب الرابع: السمنة والإصابة بالأمراض المزمنة في العالم:

إن مفهوم السمنة هو في الحقيقة "تراكم الطاقة الفائضة أو الزائدة عن إحتياج الإنسان الإستهلاكي وإدخارها في الجسم على شكل نسيج دهني إختزالي في أماكن مختلفة تحت الجلد كالأرداف والأليتين والبطن والذراعين والمنكبين بسبب زيادة وزن الإنسان عن الوزن الطبيعي".[1] إذا هي فائض وزني وتراكم كتلة جسدية ثانوية أو تساوي 30كلغ/م^2.[2] حيث أوضحت منظمة الصحة العالمية تقديراتا حول حجم البدانة التي تقاس بمقياس كتلة الجسم BMI. إذ أنه يعتبر من المؤشرات المهمة، والتي تعكس تقديرا مناسبا في هذا المال. فهذا القياس هو من أدق المقاييس لتحديد الوزن الزائد للإنسان. فالسمنة تقسم إلى ثلاثة درجات هي درجة أولى، درجة ثانية ودرجة ثالثة. ويتم قياس وحدة كتلة الجسم عن طريق عملية حسابية بسيطة ومقسمة تكون نتيجتها تحديد الدرجة الخاصة بالسمنة. هذه العملية تتمثل في مقدار الوزن بالكيلوغرامات تقسم على الطول بالسنتيمتر تربيع (Kg/m^2). فإذا كان الناتج 18.5 فما فوق يعتبر الوزن فيها تحت المعدل، من 18.5 إلى 25 في المعدل الطبيعي، 25-30 سمنة درجة أولى، 30-40 سمنة درجة ثانية، وفوق الأربعين تعتبر سمنة درجة ثالثة.[3]

يعتبر الغذاء أحد أبرز العوامل المؤدية إلى زيادة حجم الجسم أو ظهور السمنة التي ترتبط أيضا بشكل مباشر بالمستوى الإجتماعي والإقتصادي للفرد والتمع. ولعل هناك معدلات عالية مسجلة لدرجات السمنة في التمعات المتحضرة والتمعات الغنية، حيث أوضحت دراسة العيسى Al-Isa (1995) أن الكويت على سبيل المثال، تعتبر من التمعات الغنية والتي تأثرت بعوامل التحديث. فأصبحت هناك معدلات عالية مسجلة لدرجات السمنة بين أفراد هذا التمع. فهي مشكلة خطيرة يعاني منها الكويتيين. ولعل أكثر من يتعرض لها من الجنسين هم فئة النساء. وأثبتت دراسته أن نسبة 70.2 % من البالغين من أفراد العينة يعانون من سمنة درجة أولى، 72.9% عند النساء و67.5% عند الرجال. إضافة إلى أن السمنة تزداد مع زيادة العمر، وتعتبر هذه النسبة عالية جدا بلا شك. فقد تم في الكويت مسحان في سنتين مختلفتين لتحديد مدى إنتشار السمنة في هذا التمع. ففي المسح المحلي سنة 1985 بينت نتائجه بأنه تقريبا 31% من الذكور الذين يتراوح سنهم ما بين 20-59 سنة هم الأكثر معاناة من السمنة. أما بالنسبة للفئة العمرية نفسها عند الإناث أي في فئة السن 20-59 سنة، فنجد نسبة 62% منهن يعانين من مرض السمنة. أما المسح الصحي الدولي في سنة 1981، فقد بينت النتائج بأن 25% من الرجال بين الأعمار 16-20 سنة

(1) نفس المرجع، ص 133.

(2)Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Op cit, P 3.

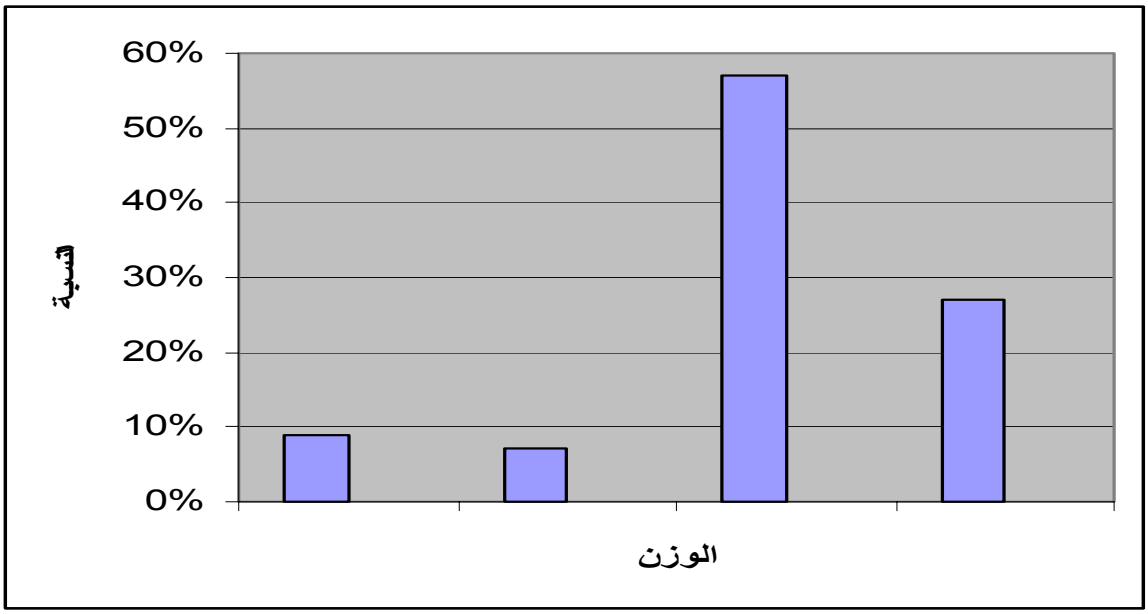
(3) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 134.

يعانون من مرض السمنة، بينما 48% من الإناث في فئة العمر نفسها يعانين من السمنة.[1] فهذه الحقيقة منتشرة في معظم دول العالم، حيث أنه لا يخفى علينا بأن البدانة هي من أهم الأمراض التي تتسبب من كثرة الأكل مع الراحة وتجهد الدورة الدموية عامة، مما يؤدي ذلك إلى وجود تغيرات مرضية في الشرايين وزيادة الضغط الدموي. مثلا القلب كالآلة المحركة، فإذا فرضنا أن آلة للري، خصصت لري مائة هكتار حسب قوتا، فإن زادت المساحة إلى مائتي هكتار مع إستعمال نفس الآلة لريها، فمن المعقول أنه يجب إدارتا ليلا ونارا لتؤدي العمل. ومن المعقول أن هذا يجهد الآلة ويقصر العمر العملي وتكون كثيرة العطب تستدعي من وقت إلى آخر الإصلاح وتغيير القطع. ونفس الشيء بالنسبة للقلب، مثلا إذا كان مخصصا لتموين جسم وزنه 70 كلغ وزاد وزنه إلى 140 كلغ تضاعف العمل على القلب والشرايين. فيسرع وتسهل إصابته بالأمراض. ففي هذه الحالة القلب لا يمكن إبداله بغيره وتعديل القطع التالفة منه. ولهذا وجبت الوقاية من البدانة ومنع حدوثها،[2] لأن وجودها مع بعض الأمراض الأخرى التي لها إرتباط وثيق بالدورة الدموية من أهم مسببات إرتفاع الضغط الشرياني، أمراض الشرايين والقلب وحتى داء السكري،[3] حيث أثبتت علميا أنه توجد علاقة وطيدة بين السمنة ومرض السكر. فلوحظ أن مرض السكر يصيب السمان أكثر من النحاف، فهناك إحتمال أن زيادة تناول السعرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من مقدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس و التي تسمى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور مرض السكر .[4] وفي هذا الصدد دلت الأبحاث العلمية أن 10 من المرضى بالسكر فوق سن 40 سنة نجد 9 منهم سمان يعانون من السمنة أو كانوا سمان في وقت من الأوقات و واحد فقط نحيف.[5]

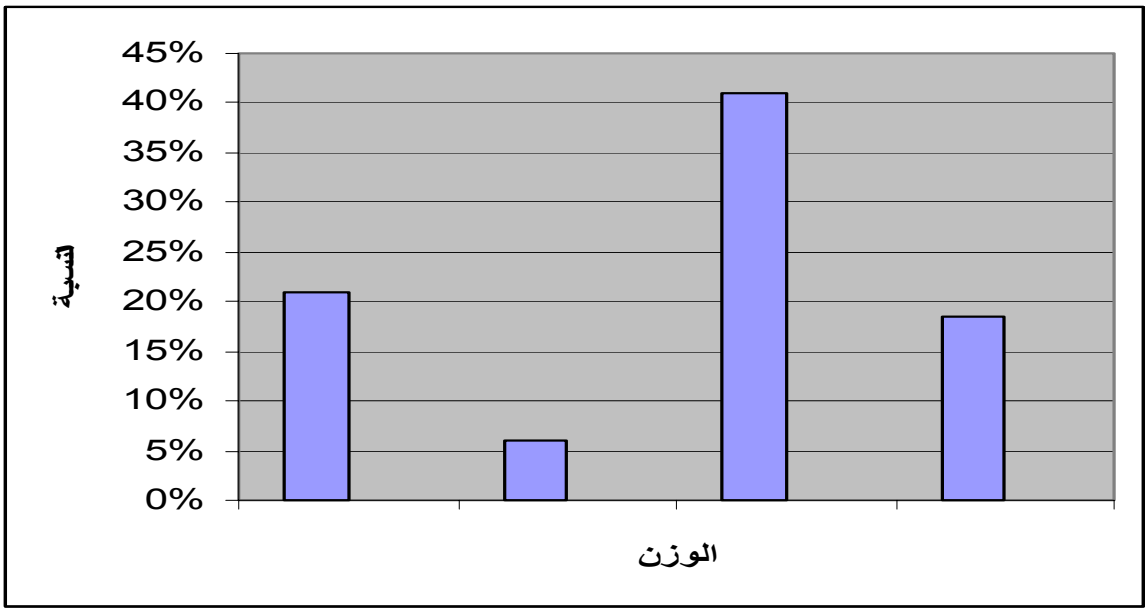
وتتأكد العلاقة بين السمنة وإحتمال الإصابة بالأمراض المزمنة من خلال إقتراب المنظمة العالمية للصحة « Step-Wisse » الذي يحاول معرفة عوامل الخطر بالإصابة بذه الأمراض، حيث تبين من خلال الدراسات المنتهجة لهذا الإقتراب على أن السمنة عامل من عوامل الإصابة بالضغط الدموي، القلب والسكري. فمن خلال نتائج الدراسة التي قامت با وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر سنة 2003 على منطقتين سطيف ومستغانم على عينة تتكون من 4136 شخص يتراوح سنهم ما بين 25-64 سنة أن السمنة ترتفع عند الإناث مقارنة بالذكور. وتتضح النتائج من خلال الشكلين التاليين:

(1) نفس المرجع، ص ص 136-137.
(2) مصطفى قمش، خليل معايرة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 147.
(3) نفس المرجع، ص 148.
(4) أيمن الحسيني، مرجع سابق، ص 8.
(5) محمد رفعت، مرجع سابق، ص 22.

شكل رقم (01): يمثل معدل إنتشار السمنة عند الذكور.



شكل رقم (02): يمثل معدل إنتشار السمنة عند الإناث.



من خلال الشكلين السابقين، نلاحظ أن السمنة سبب من أسباب الإصابة بالأمراض المزمنة المرتبطة بالنمط الغذائي، إذ أثبتت الدراسة أن معدل إنتشار السمنة عند الذكور قدر بـ 9% مقارنة بالإناث أي المعدل يقدر بـ 21% عند الإناث.[1] وقد تظهر الفروق بين الجنسين في الإصابة بالسمنة. وهذا مؤشر خطير على إنتشار هذا النوع من المرض، والذي يؤدي بدوره إلى الإصابة بالأمراض المزمنة. وعليه فإن أنواع معينة من الأمراض تصاحب السمنة، منها السكري، الضغط الدموي والقلب، والتي تعتبر شائعة في معظم دول العالم بما فيها الجزائر. فالتمعات التي تتعرض إلى عوامل التحديث والتغير الإجتماعي والثقافي تكون أكثر معاناة من السمنة، لأن الجسم الإنساني في هذه التمعات يكون عرضة للتغير والتبدل نتيجة التحسن في الوضع الإقتصادي الجديد.

إن العامل الحركي عنصر مهم في الصحة العامة للإنسان، لأن إرتفاع مستوى الكلسترول في الدم من أكثر العوامل المؤدية للإصابة بأمراض القلب والشرايين، والتي تعتبر قلة الحركة من أبرز مسبباتا. فمشكلة إرتفاع مستوى الكلسترول في الدم من المشكلات الصحية التي ظهرت حديثا في معظم دول العالم التي كان لها الأثر الواضح على صحة ولياقة الإنسان، والذي أدى إلى زيادة معدلات الوفاة نتيجة للتعرض لأمراض القلب والشرايين بين شريحة تجاوزت سن الأربعين من العمر. لهذا فإن التمارين الرياضية لها دور فعال في الوقاية من أمراض متعددة. وهي تساعد على النمو العقلي، الجسمي والإجتماعي بصورة متكاملة.[2] فحسب نفس الدراسة السابقة التي أجريت في الجزائر من طرف وزارة الصحة والسكان سنة 2003 بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية في إطار إقترابا "Step Wise"، تبين أن معدل إنتشار الكلسترول

(1) Ministère de la santé, de la population et de la Réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de L'OMS),Op cit, P P 2,3.

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 147-148.

يرتفع ويشكل أكبر خطر للإصابة بالأمراض غير المتنقلة، كمرض القلب مثلا. ففي هذه الدراسة معدل إنتشار الكلسترول العادي أكثر من 2غ/ل يقدر بـ 63.6% ومعدل 32.6% خاص بالقيمة المحدودة للكلسترول ما بين 2 و 2.4غ/ل. وأخيرا معدل الإنتشار قدر بـ 3.9% بالنسبة للكلسترول الذي تحدد قيمته أقل أو يساوي 2.5غ/ل. وتتضح الصورة أكثر من الجدول التالي:[1]

جدول رقم (09): يوضح معدل إنتشار الكلسترول الإجمالي للمبحوثين حسب السن.

السن	معدل إنتشار الكلسترول أكثر من 2غ/ل	معدل إنتشار الكلسترول ما بين 2-2.4 غ/ل	معدل إنتشار الكلسترول أقل أو يساوي 2.5
34-25	67.5	29.6	2.9
44-35	63.3	32.6	4.1
54-45	61.5	34	4.5
64-55	57.8	37.4	4.8

إن التغير في حجم الإنسان ارتبط أيضا بالتغير في السلوك الإنساني نتيجة الهجرة والإندماج الثقافي، حيث إعتمد الإنسان في التمعات الحديثة على الأعمال والنشاطات المكتبية أكثر من الأعمال اليدوية والحركية التي كانت سائدة في التمعات التقليدية قصد الحصول على إنتاجها. ويمكن القول أن الوراثة توفر الأرضية الملائمة، أما السمنة فهي تدفعه إلى البروز، الظهور و التفاقم في أغلب الأحيان. فقد أصبح معروفا بأن السمنة تزيد حاجة الجسم للأنسولين، لأن الخلايا الغنية بالدهون تزداد مقاومة لهذا الهرمون كلما ازداد حجما و عددا. فإنتشار مرض السمنة راجع إلى زيادة نسبة الوحدات الحرارية المكتسبة من الغذاء، وهذا يقابله قلة الحركة لإحتراق تلك الوحدات الزائدة.

المطلب الخامس:علاقة الضغوطات الإجتماعية والنفسية بالإصابة بالأمراض المزمنة:

إن الضغط بصفة عامة هو مصدر من مصادر الإصابة بالأمراض النفسية وحتى العضوية منها الأمراض السيكولوجية، فهذا التأثير له علاقة مباشرة بصحة الفرد والتمع. وغالبا ما يكون نفسي، والذي هو "إستجابة عامة من الكائن الحي للمعطيات البيئية، (...) عبارة عن ميكانيكية نفسية متوارثة تظهر على الكائن الحي عندما تؤثر فيه المعطيات البيئية وتظهر عليه على أنا ردة فعل إزاء هذا المؤثر البيئي".[2] وقد يكون هذا الضغط إما داخلي أو خارجي يؤدي إلى التأثير على الفرد عن طريقة إستجابة إنفعالية من طرفه مما يسبب أحيانا أمراض سيكوسوماتية، التي هي عبارة عن إضطرابات جسمية الشكل ناتجة من الصراعات والعوامل النفسية. ولعل من الأسباب الرئيسية لهذه الأمراض هي ما يعرف بالضغوط الشديدة والمتزايدة،

(1) Ministère de la santé, de la population et de la Réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de L'OMS), Op. cit, P 4.

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 232.

خاصة عندما يصبح الإنسان في حالة لا حول له ولا قوة له، حيث لا يستطيع دفع التهديد عن نفسه. وقد تبقى الآثار الجسمية لمثل هذه الخبرات الضاغطة لفترات تصل أحيانا إلى ثلاثين سنة بعد الوقوع والتعرض للحدث، حيث لوحظ ذلك على جماعة من عمال المناجم الذين إنار فوقهم المنجم، وظلوا عدة أسابيع في حالة سيئة حتى تم إنقاذهم. فآثار هذه التجربة القاسية بقيت أكثر من عشر سنوات.[1] وعليه فإن هناك تفاعل بين الأمراض السيكوسوماتية وبين الضغوط التي يتعرض لها الإنسان، لأن هذه الإضطرابات ناتجة عن نوع من أنواع الضغوط التي يتعرض لها الشخص. فنفسيته، سيكولوجيته وظروفه تلعب دورا في الجسم، وظائفه ونموه.[2] لهذا يمكن القول أن الأمراض المرتبطة بالضغوط الحياتية لها علاقة وثيقة مع الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الإنسان في كثير من الأوقات والتي تكون بعيدة عن مشيئته وإرادته. فهي تتطلب في كثير من الأحيان أساليب علاجية متعددة يستخدمها الأطباء خاصة النفسانيين. وقد تلعب العوامل النفسية دورا بارزا في إحداث هذه الأمراض، درجة تقبلها وإستقبالها للأحداث المتعددة الضاغطة الخارجية، وهي تلك التي تتعلق بشخصية الفرد. ويعتبر في هذا الصدد كل من التفاؤل والتشاؤم أحد أبرز المحاور الفعالة في تحديد الشخصية المرتبطة بالأوضاع الصحية. فالتعرض إلى الأحداث الضاغطة تعتبر مسألة حتمية يقابلها جميع الأشخاص دون إستثناء، ولكن إنعكاس شخصية الفرد على هذه الأوضاع تختلف من شخص لآخر. فالنظرة إلى الأمور من عين ورؤية مختلفة بلا شك تعطي إستجابة صحية مختلفة أيضا. فالشخصية المتفائلة هي شخصية أكثر إستجابة إمتصاصا للضغوط من الشخصية المتشائمة، والتي من الممكن أن تنعكس على مسألة الصحة والمرض. [3] ولهذا فإن النفسية الإيجابية تعتبر من الأمور التكيفية، التي تساعد على تقبل الضغوط والأحداث اليومية الضاغطة بشكل وقائي من الإصابة بالأعراض المرضية. فالمثير الخارجي قد يكون مرهقا ومؤديا إلى إحداث إشكالية وإختلال داخل الجسم، ولكن النفسية المبتهجة هي التي تستطيع إمتصاص هذا المثير الخارجي وتحويله على عرض تكيفي. وعليه تحث على الإلهام في التقليل من حدوث الأمراض سواء كانت أمراض نفسية أو جسمية. ولعل أبرز هذه الطرق التي يؤمن با المسلمون بجدواها وتأثيرها المباشر هو الرجوع إلى التفكير الإيماني، أي إلى الأحكام الإسلامية، القيم والمعايير التي ينص عليها الدين الإسلامي وما يحمله من أخلاقيات وسلوكيات تسهم بشكل كبير في إحداث تغيرات نفسية وشخصية كبيرة في حياة الإنسان.[4]وقد إعتبرت كل من السمات الشخصية للفرد، المصادر البيئية، الدعم الإجتماعي المتوفر والمتاح، الوضع الإقتصادي والخلفية الثقافية عوامل من الممكن أن تؤثر في الإستجابة للضغوط. فهذه الأخيرة تتفاوت حسب تلك العوامل. فالحدث الضاغط المفاجئ على سبيل المثال كفقدان

(1)عبد الرحمان عيسوي، في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1992، ص 189.

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 255.

(3) (2) نفس المرجع، ص ص 257-259.

(3) نفس المرجع، ص 236.

الزوج أو الزوجة أو فقدان العمل يكون أكثر حدة ويمثل ضغطا عاليا لدى الأشخاص بالنسبة لأحداث ضاغطة أخرى، لأن فقدان عزيز، وظيفة أو هجرة إجبارية سوف يدخل كثير من المفاهيم الجديدة في حياة الإنسان وفضائه. وسيحدث وضع جديد لعلاقات إجتماعية، للحالة الإقتصادية، لأمن مادي وترتيبات خاصة بالعيش. كل ذلك سوف يكون داخل هذا الفضاء الإنساني، الذي يعتبر جديدا، ويشكل في النهاية أعراضا ضاغطة عليه تؤثر على صحته الفسيولوجية والنفسية. فهي عملية إنتقالية في حياة الإنسان من حال إلى حال ومن وضع لآخر.[1] وقد تكون للإنفعالات النفسية في بعض الحالات، تأثير باعثا للإصابة بمرض السكر أو الضغط الدموي إن وجد الإستعداد لهما، و بدون وجود هذا الإستعداد لا يمكن للعوامل النفسية، كالقلق والخوف أن تسبب الإصابة بذه الأمراض. وما يلاحظ في الواقع أن أكثر المصابين بمرض السكر يزعمون أن المرض عندهم ظهر بعد تعرضهم لهزة نفسية، لكن في الواقع أن الإصابة كانت كامنة عندهم من قبل تعرضهم للهزة، وأنا زادت الأعراض تفاقما. فخيل للمصاب أنا كانت الباعث المباشر للإصابة بالمرض.[2] وفي هذا الصدد، فإن كثير من الناس تزداد دقات قلبهم بسبب تعرضهم لمواقف مؤلمة وحتى مفرحة، حيث يظهر عندهم على شكل نوبات نتيجة إضطرابات عملية الضبط العصبي للأوعية الدموية، كما أن مثل هذه المواقف إما المفرحة أو المؤلمة تؤدي إلى إرتفاع الضغط الدموي. وقد تزول هذه الآثار بزوال المؤثر لحدوثها. وفي حالة إستمرار الأعراض المرضية، فإن حالة المريض تصبح مقلقة وفي خطر، لأن هناك صلة كبيرة بين الجانب النفسي والجانب الجسمي. إذ أن بعض المختصين يرجعون سبب الضغط إلى حالات عدوانية مكبوتة منذ الطفولة ظهرت على شكل إضطرابات بالأوعية الدموية ثم إرتفاع في الضغط الدموي، تصلب الشرايين أو إرتفاع للسكري. وأيضا العصاب القلبي الذي يشعر الفرد من خلاله بألم في القلب.[3]

ويمكن للعنف الخارجي، أن يكون سببا في إنفجار مرض السكر. فكل حادثة أو حالة مزعجة تمر بالإنسان إلا وتتسبب في إنقلاب السكر من مكانه، إذا كان الفرد لديه القابلية للمرض. فالإنفعالات النفسية مضرة، ولهذا يشدد الأطباء دائما على الأصحاء ومرضى القلب بتجنبها. مثلا هي من مسببات الإضطرابات القلبية، تقطع النبض، سرعته وإضطراب الدورة الدموية. ونتيجة لهذا فلا بد أن يعمل المرء في جو هادئ ومريح البال مستريح النفس بقدر ما تسمح به ظروف الحياة. حتى وإن كانت لا تخلوا من بعضها، ولكن المريض بحكمته وخبرته يجب أن يعمل على تفاديها. كما يتجنب الأوهام، التخيلات وعدم إقحام نفسه في مسائل مزعجة أو محزنة، التي غالبا ما تؤثر على حالته النفسية. وإن كان للإيحاء النفسي

(4) أمين رويحة، مرجع سابق، ص 11.

(3) حسن منسي، الصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع ودار طارق للنشر والتوزيع، الأردن، 1998، ط1، ص 53.

الذاتي فائدة فليستعملها المرضى لفائدتم، بأن يفكروا دائما في أن صحتهم في تحسن مستمر وتسير من حسن إلى أحسن يوما بعد يوم.

وفي هذا الصدد، يرى الكثير من الباحثين أن للتذبذب في حالة الوضع الإقتصادي للمجتمع آثارا سيئة على الحالة الصحية الجسمية والنفسية للكثير من الناس. وإن المشكلات الإقتصادية تعتبر من أهم مصادر الضغط، القلق والإجهاد. وإن هذا الضغط يعتبره الكثير من الأطباء وعلماء الأمراض النفسية من أهم مسببات الأمراض النفسية وربما الجسمية كذلك، مثل أمراض ضغط الدم، السكر وبعض أمراض القلب.[1] ويرى يوسف الكندري من خلال دراسته سنة 2002 على عينة من سكان الكويت أنه حدث إنتقال التفضيل في المجتمع المحلي إلى المعيشة في الأسرة النواة بدلا من الأسرة الممتدة التي كانت المفضلة في فترة زمنية سابقة. ولقد أوضحت الدراسة أن المعيشة في أسرة نواة تعتبر من الأمور التكيفية في المجتمع الحديث، والتي ارتبط بإنخفاض في حدة الصراعات الأسرية التي من الممكن أن تنتج إزاء وجود الأسرة في منزل واحد وفي أسرة ممتدة. فالأسرة التقليدية التي ترفض وجود أفرادها تحت سقف واحد وتحت راية واحدة يشتركون في مطبخ واحد أي معيشة متكاملة داخلية وتفاعل تام مع أعضاء الأسرة الكبيرة يولد نوعا من أنواع الصراعات والتعرض للضغوط التي تؤثر على صحة الفرد داخل هذه الأسرة. وقد أشار الباحث إلى إرتباط المطبخ المشترك والضغوط مع إرتفاع معدلات ضغط الدم داخل الأسرة الكويتية،[2] أي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إرتفاع ضغط الدم وبين العيش في الأسرة الممتدة في المجتمع الكويتي. فحقيقة هذه المعلومات والعلاقة لا يمكن أن تكون مؤكدة، إلا إذا كان [illegible] تأكيد ذلك. وخاصة إذا أدركنا أمورا مهمة وقضايا أساسية يمكن أن ترتبط بذه العلاقات مثل امور خاصة بالعينة المستخدمة مثلا. وبوجود بعض العوامل الأخرى التي قد ترتبط بإرتفاع ضغط الدم غير العيش في أسرة ممتدة. فهناك عوامل أخرى تساعد على وجود إرتفاع ضغط الدم في المجموعة السكانية قد تلعب دورا مهما ولم تستطع الدراسة لأي سبب من الأسباب من ضبطها. فالقضية هنا تحتاج إلى كثير من الجهد والمعلومات والحقائق حتى يتم التمكن من تأكيد الحقيقة وإعطاء علاقة مباشرة ذات تأثير سببي لحدوث المرض. وعلى هذا الأساس يمكن إطلاق ذلك على أنواع أخرى من الأمراض. فهناك عوامل أخرى غير ثقافية من الممكن أن تلعب دورا في هذه المسألة.[3]

إن مدرسة التحليل النفسي ترجع كثير من المظاهر السلوكية للإنسان إلى أسباب لا شعورية أكثر من كونا شعورية. فالنقد الموجه في هذا الإتجاه هو أن الصراع الإنفعالي لا يؤدي وحده إلى الإضطرابات السيكوسوماتية. بل يكون هناك كثير من الناس الذين توقفوا عند مرحلة من مراحل النمو، إلا أنم لا

(1)الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 88 .

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 264.

(3) نفس المرجع، ص ص 159-160.

يتعرضون إلى الأمراض السيكولوجية إلا في حالات معينة مثل الأشخاص الذين لديهم إستعداد تكويني، وراثي أو بنائي أي لديهم القابلية في أحد أعضائهم للإصابة بالمرض كوجود ضعف ولادي لدى المريض.[1] ولهذا يمكن القول أنه ليس كل ضغط نفسي أو إجتماعي يتعرض له الإنسان يضر بصحته، بل هناك مؤثرات إيجابية ومؤثرات سلبية.

(1) عبد الرحمان عيسوي، في الصحة النفسية والعقلية، مرجع سابق، ص 190.

- خـلاصـة :

لقد تبين من خلال عرضنا لهذا الفصل أن الأمراض المزمنة هي أمراض كثيرة تشير إلى تأثير على الفرد، الأسرة والمجتمع كله. وهي الأكثر إنتشارا في العالم بسبب التحضر والتحديث الذي أدى إلى التغير في نمط التغذية ونوعيتها. مما تسبب في ظهور مشكلة البدانة في العالم المتقدم وحتى المتخلف نتيجة الإنخراط في الإقتصاد العالمي والإتصال الثقافي للبلدان النامية مع البلدان الغربية. إذ أن مستويات الإصابة والوفيات بهذه الأمراض تختلف من منطقة إلى أخرى ومن قطب إلى آخر حسب الظروف المحيطة بكل قارة وإقليم.

كما هو معروف وملاحظ في الواقع المعاش، فإن هذه الأمراض تنتشر أكثر مع تقدم في السن. وهذا ما أثبتته معظم الدراسات والمسوح، حيث أن بعض الأمراض تصيب فئات دون غيرها مثلا الأطفال هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المعدية نظرا لضعف المقاومة. عكس الأشخاص المتوسطي والمتقدمي في العمر، حيث يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة نظرا لبداية تلافي بعض الخلايا الجسمية. وهذا لا ينطبق فقط مع عامل السن، بل نجد أيضا متغير الجنس له علاقة بالإصابة بهذه الأمراض. إذ أن الإناث أكثر عرضة للإصابة مثلا بالضغط الدموي، مرض القلب، السكري وأنواع معينة من السرطان...الخ. خاصة الأمراض المرتبطة بالعامل النفسي الذي يكون حافزا لظهور المرض وإنتشاره بين النساء. إضافة على ذلك، فإن سن اليأس يصاحب عدة أمراض عند المرأة.

الـفـصـل الرابـع
الثقافة الصحية وإنعكاساتها على علاج الأمراض المزمنة في الجزائر.

- تمهيد

المبحث الأول: ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في التمع الجزائري.

المطلب الأول: واقع الأمراض المزمنة في التمع الجزائري.

المطلب الثاني: نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة في الجزائر.

1- مستويات الإصابة بالضغط الدموي في الجزائر.

2- الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في الجزائر.

3- أمراض القلب في التمع الجزائري.

المطلب الثالث: الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في الجزائر.

المبحث الثاني: التربية الصحية ودورها في تسيير المرض المزمن.

المطلب الأول: التربية الصحية وأهدافها.

المطلب الثاني: ميادين التربية الصحية.

المطلب الثالث: دور الطبيب في نشر التربية الصحية.

المطلب الرابع: أهمية وسائل الإعلام في نشر التربية الصحية.

المبحث الثالث:العوامل المؤثرة في إكتساب المريض للثقافة الصحية في الجزائر.

المطلب الأول: مفهوم الثقافة الصحية.

المطلب الثاني: التعليم ودوره في إكتساب المعرفة الصحية.

المطلب الثالث: المستوى المادي والإقتصادي للأسرة وتأثيره على الممارسات الصحية.

المطلب الرابع:ثقافة التمع في مجال الصحة وإنعكاساتا على تغيير السلوك الصحي للأفراد.

- خـلاصـة

- تمهيد:

لقد شهدت الجزائر عدة تغيرات على المستوى الإجتماعي، الإقتصادي، الثقافي والسياسي خلال التسعينات وما بعد، مما أدى ذلك إلى إحداث تغييرا جذريا في بنياتا التحتية التي أثرت سلبا على أسلوب حياة المواطن الجزائري وعلى صحته. فبالرغم من تحسن صحة السكان والقضاء بشكل مذهل على الأمراض المعدية المتنقلة بفضل توسيع البرامج الوطنية للتلقيح، إلا أن الصحة العمومية بالبلاد أصبحت تعرف تديدا حقيقيا بسبب إنتشار الأمراض المزمنة التي غيرت من السياسات الصحية الجزائرية. وهذا الإنتشار كان نتيجة الضغوطات النفسية والإجتماعية التي عرفها الفرد الجزائري وما زال يعرفها إلى حد الآن. وأيضا نتيجة التغير في نوعية التغذية التي أصبحت غالبا ما تستورد وتفقد إلى المواد الضرورية لصحة الفرد. وهذا مع إنتشار العادات الغذائية السلبية عند الأفراد واللجوء للتقليد. ونتيجة لذلك يتنبأ المختصين في الصحة بإرتفاع عدد المصابين بالأمراض المزمنة مستقبلا خاصة بداء السكري، الضغط الدموي والقلب. وعليه يسعى المسؤولين في الصحة العمومية بوضع إجراءات خاصة في مجال التكفل بذه الفئة من المرضى المزمنين. وذلك بالتعاون مع وزارة التضامن الوطني، لأن آثار هذه الأمراض تتفاقم إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية العاجلة للحد من إنتشارها.

إن المريض المصاب بأحد الأمراض المزمنة غالبا ما يجد صعوبات في حياته اليومية، من ناحية العلاج والوقاية من المضاعفات. فالحياة القاسية التي يعيشها تؤثر على صحته سلبا، لأن الظروف المحيطة به لها دور في تطور المرض و في الأساليب العلاجية التي يتبعها لإنقاذ صحته من المعاناة. وعليه لا يمكن القضاء نائيا على هذه الأمراض والحد من مضاعفاتا إلا إذا تضافرت الجهود، خاصة من طرف المرضى. وهذا بالتعاون مع الأطباء في تنفيذ النصائح والإرشادات الطبية، أي إتباع منهج الوقاية، حيث يكمن دور الطبيب في نشر التثقيف الصحي وتربية المرضى صحيا، تعليمهم كيفية التعايش مع المرض المزمن وأهم التدابير المتبعة في العلاج، لأن الثقافة الصحية هي المحرك الأساسي لسلوكات الأفراد. فبفضلها يمكن تجنب تعقيدات المرض. فهي لا تشل فقط معلومات صحية مكتسبة، وإنما هي أيضا ترجمة لهذه المعلومات في شكل تصرفات صحية تمارس في الحياة اليومية. وهذا لا يعني أن كل فرد يمكن أن تكون له معرفة صحية، إذ أنا تتأثر بعدة عوامل منها العوامل الذاتية، الشخصية، الإجتماعية، الثقافية وحتى الإقتصادية.

المبحث الأول:ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في التمع الجزائري.

يعالج هذا المبحث ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في التمع الجزائري من خلال التطرق إلى واقع الأمراض المزمنة في الجزائر بصفة عامة وداء السكري، الضغط الدموي والقلب بصفة خاصة. إذ أن الواقع المعاش للمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية يدق ناقوس الخطر ناهيك عن الحالات غير المصرح با. فغالبا ما نسمع بأن الأسباب الرئيسية للوفيات مصدرها هذه الأمراض نتيجة إرتفاع داء السكري أو الضغط الدموي أو نتيجة جلطة أو سكة قلبية، وهذا ينتشر بين متوسطي السن وفئة المسنين. فحياة المواطن الجزائري المشحونة بالضغوطات في شتى الالات مع زيادة القلق والإضطرابات تزيد من إحتمال الإصابة بذه الأمراض. ولهذا تسعى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى تبني سياسات صحية في هذا الال تعود بالفائدة على المرضى. وهذا ما سوف نوضحه في هذا المبحث.

المطلب الأول: واقع الأمراض المزمنة في التمع الجزائري:

لقد عرف التمع الجزائري نقلة جديدة في نوعية الأمراض، من أمراض معدية ماضيا إلى أمراض مزمنة حاضرا، وذلك نتيجة عدة عوامل أهمها التصنيع والتحضر وما صاحبهما من تغير في النمط الغذائي، قلة الحركة وكثرة الضغوطات والمشاكل النفسية.

إن الأمراض المزمنة في الجزائر تمس ملايين من السكان، وهذه الأمراض تمثل تحدي كبير للمختصين في الصحة العمومية، حيث يؤكد هؤلاء المختصين بأنه في الجزائر 14 مليون مصاب بالأمراض المزمنة.[1] وفي هذا الإطار أمراض الدورة الدموية تحتل المراتب الأولى في نسبة المرضية في الجزائر. ومنها الضغط الدموي، إذ أن معدل إنتشاره في المتوسط يقدر بـ 20%، تمثل السبب الرئيسي لعوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية. أما بالنسبة لداء السكري غير الخاضع للأنسولين معدل إنتشاره ما بين 7 و 8 % من السكان الذين يتراوح سنهم ما بين 30 إلى 65سنة. وفي نفس المنوال فإن معدل وقوع داء السرطان سيرتفع. حسب معطيات سجلات السرطان، الأشكال الأكثر تكرارا عند الذكور هو سرطان الرئة والمثانة و عند النساء سرطان الكولون والثدي. أما بالنسبة للأمراض التنفسية المزمنة، خاصة الربو يمثل أكبر مشكل صحي بين السكان. إنه يصيب في المتوسط 2% من السكان الإجماليين. [2]

فحسب المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 والذي جرى على عينة طبقية شملت 10200 أسرة معيشية للعينة الرئيسية و 20400 أسرة معيشية للعينة الموسعة على مستوى 17 منطقة، 5 بالوسط والشرق،

(1) WWW.algerie.dz. Com/ article 4149. htn.
(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier,d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, p5.

4 مناطق بالغرب، 3 مناطق بالجنوب. أوضحت نتائجه أن حوالي نسبة 11.4 % من السكان المستجوبين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل. من بينهم نجد 9.7% ذكور و 13.1 % إناث. أغلب هذه الإصابات في المنطقة الحضرية أي 12.1 % في الوسط الحضري مقابل 10.4 % في الوسط الريفي.(1) وبالرغم من قلة الإحصائيات حول الأمراض المزمنة في الجزائر، إلا أن الواقع المعاش يؤكد بأن ملايين من البشر يعانون من هذه الأمراض حاضرا ومستقبلا نظرا لشيخوخة السكان وإلى التغيرات الحاصلة في التمع، حيث أنه في معظم الأسر الجزائرية يوجد على الأقل شخص واحد يعاني من مرض مزمن واحد على الأقل. وهذا ما يؤكده التحقيق الوطني الأخير لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2006 حول متابعة صحة الأطفال والأمهات، والذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع الديوان الوطني للإحصائيات على عينة من الأسر تقدر ب 29478 أسرة على مستوى 17 منطقة صحية يعني 1734 أسرة في كل منطقة صحية متواجدة في كل من الوسط، الشرق، الغرب والجنوب أي على المستوى الوطني. أما بالنسبة للنساء نجد 47612 إمـرأة في سن 15-49 سنة و عينة 15000 طفل أقل من 5 سنواتحيث خصصـت 3 أنواع للإستمارات، إستمارة خاصة بالأسر، إستمارة خاصة بكل إمرأة وإستمارة خاصة بكل طفل يتراوح سنه ما بين 0 إلى 4 سنوات.(2) وفي هذا الصدد أثبتت نتائج هذا التحقيق حول الصحة العامة للسكان خاصة فيما يتعلق بالإصابة بالأمراض المزمنة أن الإصابة بذه الأمراض لا يمثل تديدا فقط للمخطط الصحي وإنما أيضا للمخطط الإقتصادي بالنسبة لطبقة السكان. فالأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بذه الأمراض على الأقل مرض مزمن واحد يمثل معدل إنتشار المرض 10.5% من مجموع السكان أي حوالي 171100 مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل. ومن بين مجموع المصابين نجد نسبة 8.4% من الإناث مقابل نسبة 12.6 % من الذكور. وهذه الإصابات أكثر في المناطق الحضرية. (3)

1- الأمراض المزمنة حسب السن: يعتبر السن من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الإصابة بالأمراض المزمنة، حيث نجد تباين في الجماعات العمرية وتمايزات أخرى بشأن نطاق المرض، فالفئات العمرية الوسطية (منتصف العمر) هي أكثر عرضة للإصابة بذه الأمراض،خاصة فئة العمر 45-60 سنة. حسب التحقيق الذي جرى 2002 حول صحة الأسرة، إتضح أن الفئات المسنة هي الأكثر معانات من هذه الأمراض، وهذا يتضح أكثر في الجدول التالي:

(1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 12.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P 17, 18, 20.

(3) Ibid, P 31.

جدول رقم (10): يبين نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب السن والجنس.

الجنس / فئات السن	ذكور	إناث	الموع
0-4 سنوات	1.8	1.5	1.6
5-14 سنة	3.3	207	3
15-59 سنة	8.8	12.8	10.8
60 سنة فأكثر	45.3	60	52.5
الموع	9.7	13.1	11.4

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 12.

من خلال النظـرة الأولى للجدول نلاحـظ تمركز نسبة الإصابة بالأمراض المزمنـة عند السكان المسنين 60 سنة فأكثر، والذين صرحوا بإصابتهم بمرض مزمن واحد على الأقل. معظمهم من فئة الإناث أي 60 % مقابل 45.3 % ذكور. وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى شيخوخة السكان وإلى كثرة الضغوطات والمشاكل التي يعانيها المسن في الجزائر.حيث يعتبر السن متغير أساسي في الإصابة بالأمراض المزمنة. فالعامل البيولوجي كتعرض خلايا العضوية للتلف وتفكك أنسجة الجسم يعجز الأعضاء عن تأدية وظائفها بطريقة عادية. وهذا بتدخل العامل السوسيولوجي الذي يزيد من إحتمال الإصابة بذه الأمراض بسبب القابلية للمرض. فالبيئة الإجتماعية المحيطة بالمسنين تزيد من إحتمالات الإصابة بسبب الضغوطات النفسية والعزلة الإجتماعية. لذا فإن الإصابة بالأمراض المزمنة تتفاوت من فئة عمرية إلى أخرى . فكلما إرتفع سن الفرد إرتفع إحتمال الإصابة بذه الأمراض.

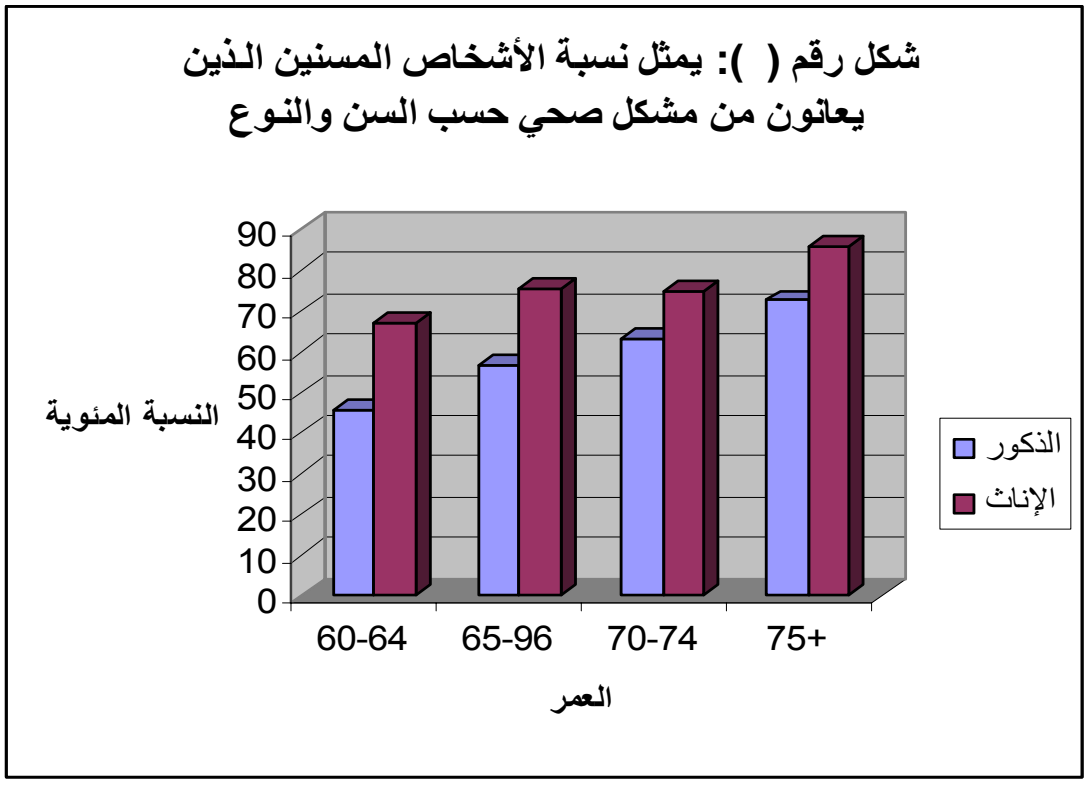
وفي نفس السياق أثبت المسح السابق الذكر حول صحة الأسرة سنة 2002 أن المسنين 60 سنة فأكثر يعانون كثيرا من المشاكل الصحية، فمن بين مجموعهم نجد 66.8 % منهم يعانون من مشكل صحـي، 74.7 % إناث و 58.8 % ذكور. وأغلب هذه المشاكل الصحية هي أمراض مزمنة [1]. فالجداول التالية توضح ذلك:

(1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 46.

جدول رقم (11): يمثل نسبة الأشخاص المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والجنس.

الجنس / فئات السن	ذكور	إناث
60-64 سنة	45.9	67.3
65-69 سنة	56.7	75.7
70-74 سنة	63.3	74.7
75 سنة فأكثر	72.6	85.8
الموع	59.0	74.7

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 46.



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 46.

من خلال الشكل البياني السابق، يلاحظ أنه توجد علاقة بين السن والإصابة بالأمراض خاصة الأمراض المزمنة. إذ أن المشاكل الصحية ترتفع بين المسنين. وأيضا بين فئة الجنس الأنثوي مقارنة بالجنس

الذكري، فالإناث أكثر معاناة من المشاكل الصحية نظرا لحالتهن النفسية المضطربة وعدم تحملهن أكثر الضغوطات والمشاكل.

وفي نفس السياق فإن نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، أثبتت أن المسنين والنساء أكثر تعرضا للأمراض المزمنة خاصة أمراض الضغط الدموي. ويتضح ذلك من خلال الجدول و الشكل التاليين:

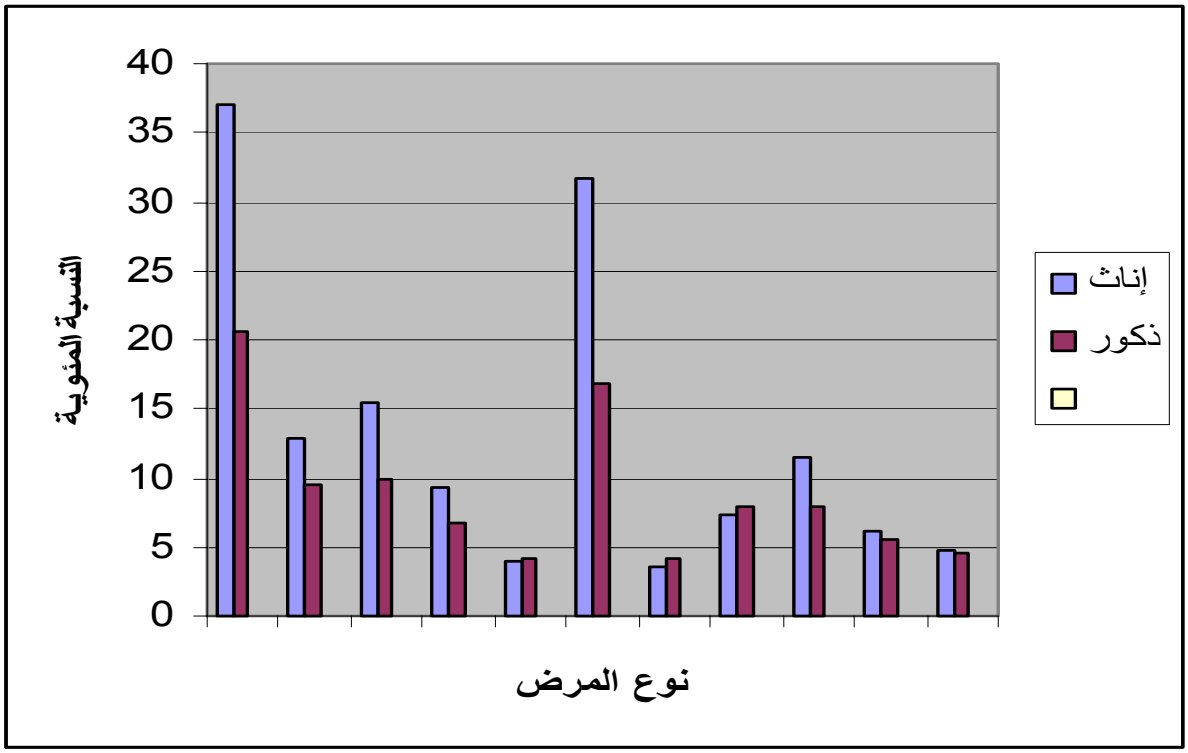
جدول رقم (12): يوضح نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والجنس.

الجنس / طبيعة المشكل الصحي	الذكور	الإناث
مرض ضغط الدم	20.6	37.00
مرض السكر	9.6	12.9
أمراض المعدة	10.00	15.5
أمراض القلب	6.7	9.3
أمراض الكلى	4.1	3.9
أمراض أو آلام المفاصل	16.8	31.7
الربو	4.2	3.5
إعتام عدسة العين	7.9	7.4
ألم مزمن بالظهر	7.9	11.5
عدم التحكم في البول	5.6	6.2
مشاكل عصبية ونفسية	4.6	4.8

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 47.

نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن الأمراض المرتبطة بالنمط الغذائي تحتل المراتب الأولى، والتي تتمثل في الضغط الدموي، مرض السكري، المعدة وأمراض القلب، فأغلبية هذه الأمراض لها علاقة وطيدة مع نوعية التغذية المستهلكة السيئة وأيضا مرتبطة بالضغوطات النفسية والإجتماعية. وللتوضيح أكثر الشكل التالي يبين نوعية الأمراض حسب الجنس عند المسنين.

الشكل رقم (04): يمثل نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والجنس.



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 47.

نلاحظ من خلال الشكل السابق، أن الضغط الدموي أكثر إنتشارا بين المسنين خاصة عند فئة النساء، ويرجع ذلك إلى سن اليأس الذي يسبب ظهور عدة أمراض مزمنة عند النساء وأيضا إلى المشاكل والحالة النفسية للمرأة الأكثر عصبية وعدم تحملا للضغوطات النفسية والإجتماعية التي تمر با.

إن الإصابة بالأمراض المزمنة كما ذكرنا سابقا تعرف خاصة عند شريحة المسنين الذين هم في سن الشيخوخة. وهذا ما تؤكده دراسة وزارة الصحة والسكان التحقيق الأخير لسنة 2006، الذي يوضح أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة أكثر إرتفاعا كلما إرتفع السن، خاصة عند الأشخاص الذين عمرهم 35 سنة فأكثر. وبالأخص فئة السن 60 سنة فأكثر هم الأكثر إصابـة بالأمراض المزمنة. وذلك بمعـدل إنتشار يقدر بـ 51% أي 13038 إصابة بمرض مزمن، أي بمعدل إنتشار 42% ذكور والذي يقدر بـ 6676 إصابة خاصة بالذكور) ومعدل 60.4% إناث أي يمثل 6362 إصابة خاصة بالإناث. وتتضح المعطيات أكثر من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (13): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس.

الجنس / فئات السن	ذكور		إناث		الموع	
	معدل إنتشار المرض %	العدد	معدل إنتشار المرض %	العدد	معدل إنتشار المرض %	العدد
0-18 سنـة	2.9	32386	2.4	31440	2.6	63827
19-24 سنة	3.4	12030	3	11901	3.2	23932
25-34 سنة	3.6	14964	5.1	14498	4.3	29462
35-59 سنة	12.7	20238	24.3	20587	18.5	40826
60 سنة فأكثر	42	6676	60.4	6362	51	13038
الموع	8.4	86298	12.6	84802	10.5	171100

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 32.

يتضح من خلال نتائج الجداول السابقة أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة يرتفع كلما إرتفع السن، حيث أن فئات المتقدمة 60 سنة فما فوق أكثر إصابة بذه الأمراض، خاصة عند الإناث.

نلاحظ أن فئة متوسطي العمر و المسنين هم الأكثر تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة، و يمكن تفسير هذا التفاوت في النسب بعدة عوامل و أسباب، منها العوامل البيولوجية و السوسيولوجية . ويمكن أن نتوقع من منطلق الإطار المرجعي البيولوجي معدلا عاليا للإصابة بذه الأمراض بين متوسطي العمر وكبار السن، حيث ترجع الإصابة عند هذه الفئة بصفة أساسية إلى تعرض خلايا هم العضوية للتلف، أي تفكك أنسجة الجسم وعجز الأعضاء عن تأدية وظائفها بطريقة عادية، وبالمثل قد تكون هذه الشريحة من التمع أكثر مناعة للأمراض المعدية بسبب طول فترة تعرضهم للمرض عكس الشباب الذين يصابون أكثر من الأمراض المعدية مقارنة بالأمراض المزمنة. أما من الناحية السوسيولوجية، يمكن القول أن إصابة فئات السن الكبرى و المتوسطة بالمرض، يعتبر عجزا في الطاقة البشرية و عبئا على الدولة و التمع، وعليه فإن تعرض هذه الشريحة من التمع يرجع إلى الضغوطات اليومية، المشاكل النفسية والعزلة الإجتماعية، و ذلك نتيجة البيئة التي يعيشون فيها و التي تؤثر تأثيرا سلبيا على الحالة الصحية.

2- معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس: لا ينتشر المرض بين الناس في التمع الواحد بدرجة واحدة أو في إتجاه واحد، بل أن كل فئة أو شريحة من السكان لها نسبة معينة من الحالة الصحية وأنواع معينة من المرض، حيث يعرف الكثيرون أن أنماط الداء تتفاوت حسب النوع والعمر، ولكنهم لا يعرفون الكيفية التي تتغير با هذه الأنماط، و إلى أي مدى يمكن أن تتغير. والدليل على ذلك

يتضح من خلال معطيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة والذي خص أجري على 121152 شخص أي 60036 إمرأة و 61117 ذكر ومن بين هذه العينة 70009 من وسط حضري و 51143 وسط ريفي، حيث أثبتت النتائج أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة عند الإناث أكثر مقارنة بالذكور. ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:[1]

جدول رقم (14): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس %.

الجنس / عدد الأمراض المزمنة	ذكور	إناث	الموع
على الأقل مرض واحد	9.7	13.1	11.4
مرض واحد	7.6	9.1	8.3
مرضين مزمنين	1.8	3.2	2.5
الموع	61117	60036	121152

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P28.

عندما نلقي نظرة على الجدول رقم (14) الذي يوضح معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس، نجد إختلاف في توزيع المرض بين الجنس. فمن البيانات الواردة في الجدول نلاحظ أن نسبةالإصابات بالأمراض المزمنة تتفاوت بين الذكور و الإناث، حيث أن الإناث أكثر تعرضا لهذه الأمراض. ويمكن تفسير التباين النوعي للإصابات بالأمراض المزمنة الذي يوضح أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بذا المرض على أن ذلك يرجع أساسا إلى عدة العوامل أهمها ما يلي: إن الإناث أكثر عرضة لضغوطات الحياة مقارنة بالذكور، وكما نعلم أن هذه الأمراض من الأمراض العضوية التي تتأثر كثيرا بالعوامل النفسية، حيث أن الإنفعالات، الإضطرابات النفسية ومتاعب الحياة لها علاقة مباشرة بذه الأمراض.

وإذا نظرنا إلى مجتمعنا الجزائري فإننا نجد أن المرأة الجزائرية أكثر تحملا للمشاكل وأكثر إنفعالا لأتفه الأسباب، و بالتالي هذه العوامل تؤثر تأثيرا سلبيا على نفسيتها و صحتها، و لهذا فإن الجنس الأنثوي أكثر تعرضا لهذه الأمراض هذا من جهة. و من جهة أخرى فإن أسباب زيادة إحتمالات الإصابة بالمرض عند المرأة هي إزدواجية دورها وتعدد مسؤولياتا المنزلية والوظيفية، خاصة المرأة المتزوجة والتي تصادف إضطرابات ومشاكل في حياتا اليومية أي إلتزامات الدور الإجتماعي في التمع . إضافة على كل ما قيل

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, P28

فإن الإناث من لنوع الأضعف غالبا ما تتخذن إجراءات وقائية لحماية صحتهن في حالة الأمـراض المعدية، ولكن في حالة الأمراض المزمنة فإن هناك عوامل أخرى تتدخل، أكثرها العوامل النفسية.

3- معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية لقد إتضح جليا من نتائج التحقيق حول صحة الأسرة لسنة 2002 أن التحضر من الأسباب التي تساهم في إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر، حيث أن سكان الحضر أكثر إصابة بذه الأمراض من سكان الريف. وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى قلة الحركة وكثرة التعرض للمشاكل والضغوطات بكل أشكالها في المدينة. ويتضح جليا من نتائج الجدول التالي:

جدول رقم (15): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية %.

المنطقة الجغرافية / عدد الأمراض المزمنة	حضر	ريف	الموع
على الأقل مرض واحد	12.1	10.4	11.4
مرض واحد	8.7	7.8	8.3
مرضين مزمنين	2.8	2.1	2.5
الموع	70009	51143	121152

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P29.

ومن خلال تحقيق 2006 الذي قامت به وزارة الصحة والسكان يتضح ذلك أيضا مدى إنتشار الأمراض المزمنة في الحضر، حيث أن الجدول التالي يبين ذلك.

جدول رقم (16): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة الجغرافية %.

المنطقة الجغرافية / الجنس	منطقة حضرية	منطقة ريفية	الموع
الذكور	9.2	7.5	8.4
الإناث	13.9	11.1	12.6
الموع	11.5	9.3	10.5

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 31.

إن معدل إنتشار الأمراض المزمنة يرتفع في المناطق الحضرية خاصة عند الإناث مقارنة بالمناطق الريفية وأيضا مقارنة الذكور. وهذه الملاحظة تؤكد بأن هذا المعدل يزداد بصفة محسوسة مع إرتفاع السن خاصة بعد سن 60 سنة وأكثر، أي حوالي شخص واحد من سن 60 سنة فأكثر لشخصين أقل من 60 سنة أي 51 % . والنساء أكثر تعرضا من الرجال في حدود 60.3 % و 42 % على التوالي. (1)

من خلال النتائج السابقة الذكر، يتضح لنا جليا أن المكان الجغرافي له دور هام و حاسم في ظهور الإصابة بالأمراض المزمنة، لأن سكان الحضر أكثر تعرضا لمشاكل المحيط والبيئة الإجتماعية، وبالتالي أكثر معاناة من الضغوطات مهما كان نوعها، عكس سكان الريف الحيويين، حيث أنهم أقل إصابة مرتين بداء السكري مقارنة بالسكان الحضريين (2).

إن المناطق الحضرية تتميز بالشوارع الضيقة والكثافة السكانية المرتفعة، مما يؤدي هذا إلى إنخفاض المستوى الصحي للسكان الذين يزدحمون في المناطق الضيقة. زد على هذا العامل إرتفاع معدلات الهجرة الداخلية، من الريف إلى المدن، خاصة في الآونة الأخيرة مرحلة التسعينات التي تميزت بأوضاع صعبة مرت با البلاد. وعليه فإزدحام السكان وعدم توفر المسكن الصحي مع زيادة عدد الأفراد في المنازل وعدم حصولهم على الضروريات يؤثر على الصحة. إضافة على ذلك فإن الأوضاع التي شهدتا الجزائر خاصة الأوضاع الأمنية كانت عاملا فعالا في تفاقم الإصابة بذه الأمراض خاصة داء السكري والضغط الدموي. و يمكن القول أن نسبة الأمراض المزمنة مرتفع بين أهل المدن نظرا للأكل الوفير و عدم الحركة مع ضغط العوامل النفسية المصاحبة للمدينة(3)، لأن الحياة المستقرة في الوقت الحاضر مع قلة النشاط الجسمي والحركة، كلها عوامل لها دور في التعرض مثلا لمرض السكر. يضاف على هذا السبب كثرة الأغذية المسمنة وغير الغنية بالمواد الغذائية وإستخدام المواد الكيماوية والهرمونات في التغذية الحيوانية.

المطلب الثاني: نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة في الجزائر:

حسب الدراسات والتحقيقات التي تقوم با وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فإن الأمراض المزمنة المعروفة بين السكان تتصدرها كل من أمراض الضغط الدموي، أمراض القلب والسكري وأمراض السرطان، وهي الأمراض الأكثر إنتشارا في المتمع الجزائري. وتعتبر من المسببات الرئيسية للوفيات في مجتمعنا، والتي أصبحت تشكل تديدا حقيقيا للصحة العمومية. والجدول التالي يوضح نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة في الجزائر حسب ترتيبها ومعدل إنتشارها.

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Op cit, P 31.

(2) Gérard Pacaud, Op. cit, P 18.

(3) محمد رفعت، السكر وعلاجه، دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 1974، ص 22.

جدول رقم (17): يبين قائمة الأمراض المزمنة حسب ترتيبها.

الأمراض		العدد	النسبة %	إجمالي السكان
ضغط الدم	HTA	1274	17,2	319.366
الروماتيزم	Rhumatisme	820	11,1	205.558
الربو	Asthme	751	10,1	188.260
داء السكري	Diabète	508	6,9	127.345
الإلتهاب المزمن للأوعية التنفسية	Bronche chronique	463	6,2	116.065
الإعاقة الحسية	Handi.sensoriels	450	6,1	112.806
القرحة المعدية	Ulcères G.D	441	06	110.550
المرض العقلي	Path. mentale	428	5,8	107.291
المرض القلبي	Path.cardiaque	396	5,3	99.269
مرض الصفراوية	Lithiase vésiculaire	296	04	74.201
أمراض الجلد	Eczéma	217	2,9	54.397
الحنجـرة	Goitre	214	2,9	53.465
الأمراض الولادية	Pathologie congénitale	201	2,7	50.387
البعـج	Hernies	194	2,6	48.632
الصرع	Epilipsies	189	2,6	47.379
السل	Tuberculose	151	02	37.852
الشلل	Paralysies	133	1,8	33.340
أمراض الأعصاب	Lithiase urinaire	127	1,7	31.836
القصور الكلوي	Insuffisance rénale	68	0,9	17.046
السـرطـان	Cancer	45	0,6	11.280
أمراض البتر	Amputation	43	0,6	10.780
الـمـوع		7409	100	1.857.288

المصدر :

Institut national de santé publique, Relevé épidémiologique mensuel, Institut national de santé publique, Alger, Volume 3, 1999, P 34.

من خلال معطيات الجدول، يتضح لنا أن معدل إنتشار الضغط الدموي مرتفع مقارنة بالأمراض الأخرى المزمنة، لنجد كل من الروماتيزم في المرتبة الثانية والربو في المرتبة الثالثة. أما بالنسبة لداء السكري يأتي في المرتبة الرابعة في قائمة الأمـراض المزمنـة، إذ قدر العدد بـ 508 أي بنسبة 6,9 % لإجمالي

السكان المقـدر بـ 127.345 شخص. وبالنسبة لأمراض القلب نجد 396 حالة أي نسبة 5.3 % لإجمالي السكان المقدر بـ 99.269 شخص . و يعود هذا الإرتفاع أساسا إلى الأوضاع النفسية و الإجتماعية التي عرفتها البلاد في فترة التسعينات، و التي تكون سببا في ظهور الإصابة بداء السكري، بالضغط الدموي وأمراض القلب. وهذا تزامن مع التغير في نمط التغذية وقلة التمارين الرياضية، والتي كانت كلها عوامل ساهم في ظهور الإصابة بذه الأمراض المزمنة.

إن المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002، قد صنف معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب نوعيتها، وقد كانت الأمراض المرتبطة بالنمط المعيشي هي أكثر الأمراض. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (18): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة ونوعيتها حسب الجنس %.

الجنس / معدل إنتشار الأمراض حسب نوعيتها	ذكور	إناث	الموع
الضغط الدموي	1.8	4.2	3.0
أمراض المفاصل	1.0	2.2	1.6
داء السكري	1.3	1.7	1.5
أمراض المعدة	1.3	1.3	1.3
الربو	1.3	1.2	1.3
الأمراض القلبية الوعائية	0.8	1.1	1.0
أمراض الكلى	0.5	0.6	0.5
الأمراض التنفسية/ أمراض الرئة	0.6	0.5	0.5
الأمراض العقلية	0.6	0.4	0.5
مرض الشقيقة/ صداع الرأس	0.3	0.5	0.4
مرض فقر الدم المزمن	0.1	0.4	0.3
كاتاراكت، مرض العيون	0.3	0.3	0.3
مرض الظهر/ العمود الفقري.	0.3	0.3	0.3

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P29.

وإذا ما تطرقنا إلى آخر الإحصائيات في هذا المال، فإن التحقيق الأخير سنة 2006 لوزارة الصحة والسكان أثبت بأن الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا بين السكان هي الضغط الدموي، السكري، أمراض

المفاصل، الأمراض القلبية وأمراض مزمنة أخرى. و يتضح أكثر في الجدول التالي الذي يوضح معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن وطبيعة المرض.

جدول رقم (19): يمثل معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب فئات السن ونوع المرض المزمن %.

السن / نوع المرض	18-0	24-19	34-25	59-35	60 سنة فأكثر	الموع
الضغط الدموي	0.06	0.13	0.57	7.82	31.15	4.38
داء السكري	0.16	0.23	0.42	4.13	12.52	2.10
أمراض المفاصل	0.22	0.26	0.46	2.91	10.59	1.70
الربو	0.7	0.80	0.91	1.80	3.09	1.20
أمراض القلب	0.24	0.26	0.31	1.65	6.98	1.11
أمراض مزمنة أخرى	1.27	1.58	1.90	4.08	5.72	2.43
الموع	63827	23932	29462	40826	13038	171100

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 32.

من خلال معطيات الجدول نجد أن الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا هي الضغط الدموي، حيث أن نتائج التحقيق أبرزت بأن من بين السكان الذين يعانون أمراض مزمنة، 41.8 % من السكان مصابين بالضغط الدموي. لنجد في الوضعية الثانية داء السكري الذي مثل نسبة 20.1 %. ثم الأمراض القلبية، الربو وأمراض المفاصل الذين يمسون 16.5 %، 11.5 % و 10.6 % على التوالي من مجموع السكان الذين يعانون من الأمراض المزمنة.[1] وأن كل هذه الأمراض تصيب بالدرجة الأولى المسنين بنسب مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. وهذا راجع إلى مرحلة الشيخوخة وإلى العامل البيولوجي، حيث أن في هذه المرحلة العمرية الإنسان تبدأ بعض خلاياه في التلف وتصبح عاجزة على تأدية وظائفها، هذا من جهة. ومن جهة أخرى متاعب الحياة والضغوطات النفسية والإجتماعية تساعد كثيرا في الإصابة بذه الأمراض المزمنة، حيث تكثر هذه المشاكل الصحية في المناطق الحضرية التي تعرف التحضر والتصنيع وهو الجانب الإيجابي وتعرف المشاكل والإكتظاظ السكاني مع قلة الحركة وكثرة الأكل الغني بالسكريات والدهون وهو الجانب السلبي للمدينة. وكل هذه العوامل تساعد على ظهور المرض مع وجود قابلية عند الفرد للإصابة بذه

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op. cit, P 32.

الأمراض المزمنة. ولتأكيد مدى إنتشار هذه الأمراض في الوسط الحضري، فإن معطيات الجدول التالي توضح ذلك.

جدول رقم (20): يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة حسب نوعية المرض ومنطقة الإقامة.

منطقة الإقامة / نوعية المرض	حضر	ريف	الموع
الضغط الدموي	42.7	40.5	41.8
داء السكري	22.5	16.3	20.1
أمراض المفاصل	11	9.9	10.6
الربو	11.9	10.8	11.5
الأمراض القلبية	15.1	18.1	16.2
أمراض أخرى	22	25.2	23.3

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 33.

1- مستويات الإصابة بالضغط الدموي في الجزائر: إن مرض الضغط الدموي إنتشر في الجزائر بشكل مذهل وسيعرف مستقبلا إرتفاعا محسوسا نتيجة زيادة العوامل المساعدة على إنتشاره. إذ تؤكد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن معدل إنتشار الضغط الدموي في المتوسط هو 20% في الجزائر.[1]

إن التحقيق الذي أجري في سنة 2003 على عينة تتكون من 4136 شخص سنهم يتراوح ما بين 25 و 64 سنة في ولايتين من الجزائر هما مستغانم وسطيف، والذي أجرته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. وهذا للإقتراب من برنامج المنظمة العالمية للصحة وهو" Step Wise" لمعرفة عوامل الخطر تبين أن الضغط الدموي يعتبر عامل مهم في إنتشار الأمراض المزمنة الأخرى. وفي هذا الصدد تدل المعطيات على أن معدل إنتشار هذا المرض حسب السن والجنس يقدر بـ 29.1 %، حيث نجد 31.6 % عند النساء مقابل 25.4% عند الرجال. [2] وتتضح الإحصائيات أكثر في الجدول الموالي:

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P5.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de l'OMS), Op.cit, P3.

جدول رقم (21): يبين معدل إنتشار الضغط الدموي حسب السن والجنس %.

الجنس / السن	ذكور	إناث	الموع
25-34 سنة	13.2	13.8	13.6
35-44 سنة	16.6	29.6	24.4
45-54 سنة	34.8	46.6	41.6
55-64 سنة	52.4	61.9	57.7
الموع	25.4	31.6	29.1

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de l'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Algérie, 2004, P3.

نلاحظ من خلال الجدول، أن معدل إنتشار الضغط الدموي مرتفع لدى الجنس الأنثوي خاصة في فئة السن 45-54 سنة. وهذا راجع إلى عدة عوامل منها سن اليأس لدى المرأة في حياتا اليومية خاصة إذا كانت متزوجة، فتتعدد أدوارها الإجتماعية.

أما بالنسبة للتحقيق الذي قامت به وزارة الصحة والسكان في سنة 2006، فإن الضغط الدموي يحتل المرتبة الأولى في قائمة الأمراض المزمنة، أي معدل إنتشاره 4.38 % ليعرف إرتفاع محسوس في الفئة العمريـة 60 سنة فأكثر، وأيضا في المنطقة الحضرية. ويتضح جليا في الجدولين التاليين.

جدول رقم (22): يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن %.

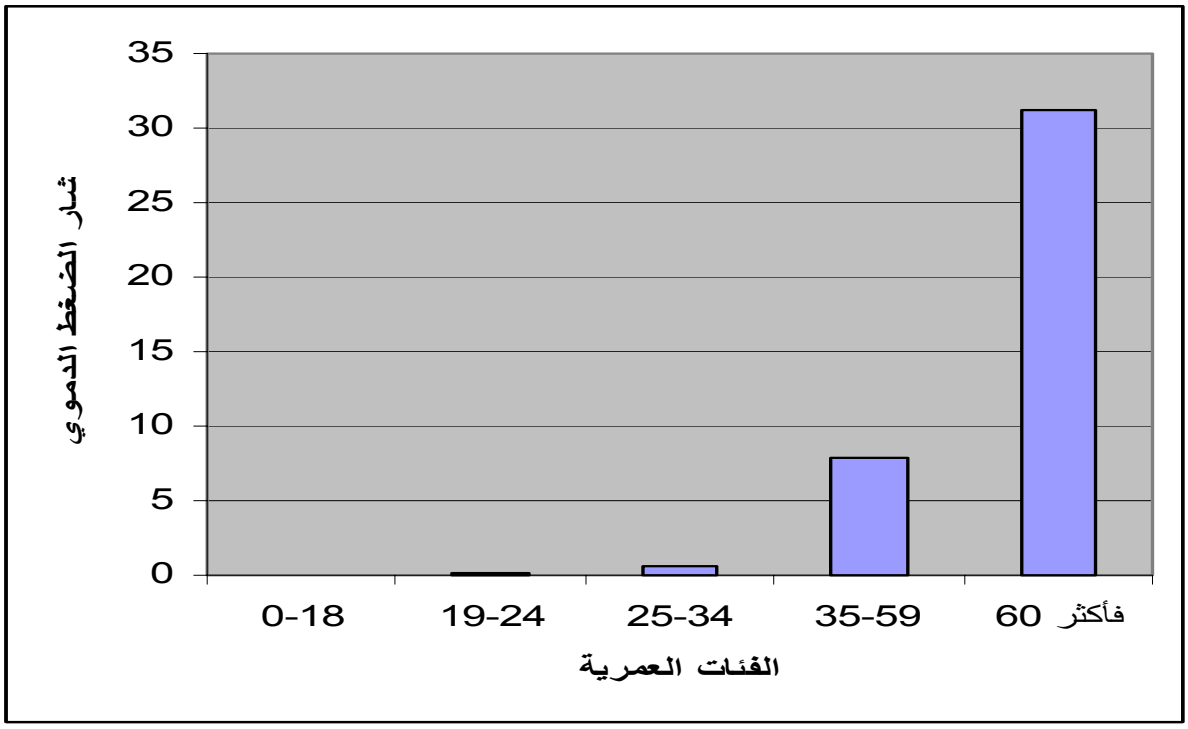
الفئات العمرية	معدل إنتشار الضغط الدموي
0-18 سنة	0.06
19-24 سنة	0.13
25-34 سنة	0.57
35-59 سنة	7.82
60 سنة فأكثر	31.15
الموع	4.38

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 32

إن معطيات الجدول تبين أنه كلما إرتفع السن إرتفع معدل إنتشار الضغط الدموي، لتعرف فئة السـن 60 سنة فأكثر أكبر معدل. ويعود السبب كما ذكرنا آنفا إلى العوامل البيولوجية، النفسية والإجتماعية. إذ أن مرحلة الشيخوخة مرتبطة بنوع معين من الأمراض المزمنة منها الضغط الدموي والذي يصاحبه داء السكري وأنواع معينة من أمراض القلب. فهذه الأمراض تنتشر عند المسنين أكثر من الفئات العمرية الأخرى.

شكل رقم (05): يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن.



جدول رقم (23): يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	نسبة الأشخاص الذين يعانون الضغط الدموي
حضر	42.7
ريف	40.5
الموع	41.8

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 33.

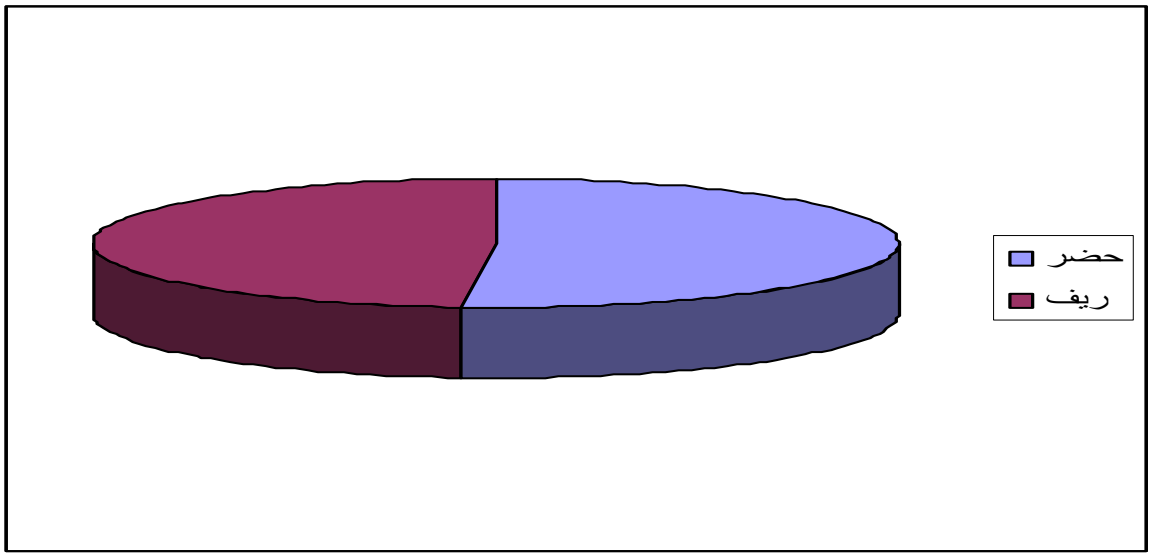
يتضح لنا جليا من خلال الجدول أن معدل إنتشار مرض الضغط الدموي يرتفع في المدن أكثر من الريف، ويعود السبب إلى ما تعرفه المدينة من مشاكل نفسية وإجتماعية إلى جانب التحضر وتوفر المطاعم،

محلات الأكل الخفيف...الخ. وهذا يقابله قلة الحركة والرياضة. وكل هذه العوامل ساعدت على إنتشار هذا المرض الذي سوف يعرف إرتفاعا محسوسا في السنوات المقبلة.

إن مرض الضغط الدموي يتأثر بعدة عوامل في المتمعات المتحضرة منها عاملين هامين هما التغير في نوعية التغذية والضغوطات الإجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته العامة، لأن عدم التوافق بين أسلوب حياته مع متطلبات الحياة ورغباته له الأثر السلبي على الصحة. فبعض الدراسات قد أشارت إلى إرتباط واضح بين إرتفاع الضغط الدموي وعدم التوافق مع أسلوب الحياة خاصة في حالة الفقر ، البؤس والحرمان. فعدم التوافق هو في الحقيقة التعارض الذي يحدث بين السعي للوصول لحالة أو وضع معيشي معين وهو في أغلب الأحيان عالي في الحياة وبين الدرجة والمستوى الوظيفي الخاص بالأسرة. بمعنى آخر تعارض بين ما يتم إنفاقه وبين ما تطمح الأسرة الوصول إليه من وضع إجتماعي يظهر مكانتها ورفعتها إجتماعيا من خلال إستهلاكها للموارد والسلع المختلفة. هذه القاعدة الثقافية الإجتماعية للتعارض في أسلوب ونمط الحياة ترتبط إرتباطا وثيقا مع بعض المتغيرات الفيزيقية مثل ضغط الدم. مما يدل على أن الإصابة بذا المرض لا يمكن فهمه ومعالجته طبيا فقط، إنما يجب معرفة العمليات الإجتماعية والثقافية المرافقة التي تحدث في المتمع. وهذا لا يعني أن هذه العوامل هي بالضرورة المؤدية إلى الإصابة بالمرض، إذ أن الوراثة لها فعاليتها، ولا يمكن إنكار العامل الجيني في التعرض للداء، لأن الجينات الإنسانية تلعب دورا هاما في التأثير على مدى التعرض للإصابة ببعض الأمراض.[1]

وتتضح صورة الضغط الدموي أكثر من خلال الشكل التالي:

شكل رقم (06): شكل دائري يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب منطقة الإقامة.



(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 64-65.

2- **الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في الجزائر:** رغم الهودات المبذولة من طرف السلطات المعنية للقضاء على الأمراض غير المتنقلة ومكافحتها، إلا أن داء السكري يبقى إلى يومنا هذا مشكل بالغ الأهمية، يهدد الصحة العمومية في الجزائر، حيث أن الملاحظة المستمرة للواقع المعاش تثبت خطورته. إذ أن المستشفيات، المستوصفات والمراكز الصحية الجزائرية تكتظ بالمرضى المصابين بالداء السكري، خاصة في فترة التسعينات التي تميزت بأوضاع أمنية خطيرة، سنوات صعبة عاشتها الجزائر، إنعكست سلبا على الصحة هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن " الأزمة الإقتصادية التي ضربت الجزائر منذ عدة سنوات خلفت آثار سلبية محسوسة أكثر فأكثر على مستوى حياة السكان"،[1] و الذي بدوره أثر على الصحة.

يعتبر مرض السكري أحد أبرز أسباب الوفيات في الجزائر، فهو من الأمراض الرئيسية المسببة للوفاة أو الإعاقة. وهذا بالرغم من التطور والتقدم الطبي في مجال الأدوية والمعالجات الخاصة به، والتي قللت وتقلل من نسبة إرتفاع الوفيات بذا المرض لأن عدد الأشخاص الذين يصابون به في تزايد مستمر، حيث يؤكد المختصين في وزارة الصحة والسكان في الجزائر، أن داء السكري غير الخاضع للأنسولين، معدل إنتشاره بين السكان يقدر بـ 7 و8% وأن المصابين يتراوح سنهم ما بين 30 إلى 65 سنة. [2] أما بعض نتائج الدراسات في هذا الميدان، أثبتت أنه خلال السنوات الأخيرة قدر معدل وقوع المرض السكري الخاضع للأنسولين في حدود 8 بالنسبة ل 100.000 طفل أقل من 15 سنة. ونظريا عدد أقل من مليون و 500.000 مصاب بداء السكري في الجزائر. إذا فئة كبيرة من المرضى غير معروفين ما عدا الذين يعالجون فقط. [3]

إستنادا إلى المعطيات المتحصل عليها من الفيدرالية الوطنية لمرضى السكري بالجزائر، إتضح أنه يوجد حوالي مليونين و مائة (2100.000) شخص مريض بداء السكري على مستوى 38 ولاية تابعة للفيدرالية، أي أنه يوجد 7 % من المرضى مصابين بداء السكري، بالنسبة لموع السكان في الجزائر.[4] و إذا إتجهنا إلى وزارة الصحة و السكان، فإننا نجد أنه يوجد 2 % من السكان مصابين بداء السكري في الجزائر [5] . ونظرا لتضارب الأرقام، فإن النسبة الحقيقية تبقى غامضة لحد الآن، نظرا لإنعدام التنظيم المحكم في الإحصائيات وأيضا هذا المرض غير خاضع للتبليغ الإجباري مثل الأمراض المعدية.

بإعتبار أن الجزائر العاصمة هي من أهم الولايات الجزائرية إستراتيجية وكثافة سكانية، فإن عدد المرضى المسجلين بالفيدرالية لداء السكري، يقدر بـ 20.046 شخص مصاب بداء السكري، بتاريخ25

(1) Mostéfa Khiati, Regard sur la santé, Edition Dahlab, Alger, 1995, P 1.
(2)Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, P 5.
(3) Ibid, P 17.
(4) معطيات متحصل عليها من طرف الأمين العام للفدرالية الوطنية لمرضى داء السكري، بتاريخ 2001/11/07.
(5) معطيات متحصل عليها من طرف مسؤول بمديرية الصحة والسكان بتاريخ 2001/10/31.

ماي 2001[1].ليرتفع العدد ليصل إلى 30.967 مريض بداء السكري مسجل في سجلات الفيدرالية، بتاريخ07 نوفمبر 2001.[2] فيلاحظ من خلال هذه الأرقام أن داء السكري إرتفع بشكل محسوس، ويعود ذلك أساسا إلى الأوضاع الأمنية والإقتصادية مع كثرة المشاكل التي كانت سببا وحافزا في ظهور بوادر الإصابة بالمرض.

لقد صّنف التحقيق الوطني في الجزائر سنة 1990 داء السكري في المرتبة الرابعة في قائمة الأمراض غير المتنقلة. ودراسات أخرى إبدميولوجية ما بين 1990 و2000 أعطت صورة هذا المرض في الجزائر وحددت النتائج الأولية حول معدل وقوع المرض وإنتشاره.[3] ويمكن التعرف على ذلك، من خلال نتائج الدراسات المقامة في هذا الصدد، من طرف الأطباء. مثلا الدراسة التي قام با الدكتور "بسعود. خ .Bessaoud Kh" في وهران سنة 1990، كانت دراسة أكثر وثائقية. وتوصل إلى أن عدد الحالات المشخصة لداء السكري الخاضع للأنسولين قبل سن 15 سنة خلال فترة 10 سنوات (1979-1988) قدر معدل إنتشارها بـ 0.27 % ومعدل وقوع المرض المتوسـط السنـوي هو 4.4 / 100.000 ساكن مع زيـادة إبتـداءا من سنة 1986 الـذي قـدر بـ 8.1 / 100.000 ساكن عام 1988.[4]

وفي نفس السياق، دراسات أخرى أثبتت أن معدل وقوع المرض عند الأطفال أقل من 15 سنة هو 100000/7 في وهران ما بين سنة 1980 وسنة 1988 والتي قام با "بسعود Bessaoud". وتحقيق أخر قام به "بودردة Bouderda" سنة 1996 إلى2000 في قسنطينة أوضح أن معدل وقوع المرض هو9.1 /100000 ساكن. وبالنسبة للأشخاص الذين يتراوح سنهم ما بين0-29 سنة وجد الباحث "مالك حوتي ,Houti Mallek"، أن معدل وقوع المرض السنوي للنمط الأول يقدر بـ 5.4/100000ساكن. وفيما يخص معدل إنتشار النوع الثاني من داء السكري عند الأشخاص في فئة السن30 إلى65 سنة، فقد سجل معدل ما بين7 إلى 8 %.[5]

وبالنسبة لدراسة قام با "بزاوشة . أ .Bezzaoucha A" في الجزائر سنة 1991، فقد أحصى عدد الحالات بداء السكري المعروفة، وذلك بإستجواب الأسر في نواحي منطقة الجزائر، حيث وجد أن معدل إنتشار المرض هو 2.1 % و معدل وقوع المرض هو 2 % لكل الأعمار وبكل أشكال داء السكري المختلفة.

---

(1) معطيات متحصل عليها من طرف الأمين العام للفدرالية الوطنية لمرضى داء السكري بتاريخ 2001/05/25.

(2) معطيات متحصل عليها من طرف الأمين العام للفدرالية الوطنية لمرضى داء السكري بتاريخ 2001/11/07.

(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op Cit, P 40.

(4)Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico-pharmaceutique », Le diabète, Op.cit, P21.

(5) P.M.Belhadj, « Dossier Diabète », Algérie Santé, Communication, Publicité, Edition, N°8, Janvier-Fevrier, 2002, Alger, P16.

وفي دراسة أخرى، وهي تجربة شخصية بالنسبة للدراسة الوحيدة على مدينة سيدي بلعباس، التي يقدر عدد سكانا 600.000 ساكن، قدر عدد السكريين المعروفين عام 1996 بالنسبة للإستشارة الطبية في القطاع الصحي بـ 4.600 حالة، يعني معدل إنتشار المرض يقدر بـ 0.76 % حسب تقديرات نصف السكريين على الأقل التابعين للقطاع، ومعدل وقوع المرض يقدر ما بين 1.5 و3 % .[1]

بالرغم من قلة الإحصائيات، إلا أن داء السكري يحتل الصدارة في قائمة الأمراض المزمنة، حيث أصبح في وقتنا الحالي يشكل أكبر تحدي للصحة العمومية، فهو يصيب خاصة الفئات الطاعنة في السن التي تنتشر بينها مجموعة كبيرة من الأمراض المزمنة. فحسب ما ورد في مجلة الجزائر صحة Algérie santé على لسان J.P.Grangaud فإن البروفيسور "بلحاج BELHADJ " يرى بأنه 8 حالات من داء السكري الخاضع للأنسولين insulino-dépendant جديدة في العام وبالنسبة ل 100.000 شخص عمرهم أقل من 15 سنة. وفي كل سنة يتم التكفل بالتقريب بـ 800 مريض مصاب بذا المرض.[2]

ومن خلال التحقيق أو الدراسة التي أقامتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2003 في إطار تحديد عوامل الخطر للإصابة بالأمراض غير المتنقلة "Step Wise" للمنظمة العالمية للصحة، على عينة تتكون من 4136 شخص من بينهم 1628 ذكور و 2508 إناث في مدينتي مستغانم وسطيف، تبين أن معدل إنتشار داء السكري بين المبحوثين قدر بـ 8.9 %. [3] ويتضح ذلك من خلال الجدول اللاحق.

جدول رقم (24): يبين معدل إنتشار داء السكري حسب السن والجنس %.

الجنس / السن	ذكور	إناث	الموع
34-25 سنة	8.03	5.12	6.61
44-35 سنة	5.87	5.03	5.36
54-45 سنة	5.62	7.83	6.90
64-55 سنة	4.0	6.87	5.60
الموع	6.10	5.90	6.02

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de l'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Algérie, 2004, P 3.

(1) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, Op.cit, P21.
(2) J.P.Grangaud, « Editoria », Algérie Santé, Op.cit, P3.
(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de l'OMS), Op. cit, P 3 .

من خلال الجدول السابق، نلاحظ أن معدل إنتشار داء السكري في الجزائر حسب هذه الدراسة يرتفع في فئة السن الوسطى فما فوق 45-54 سنة بمعدل 6.90%. وهذه النسبة مرتفعة عند الإناث بمعدل 7.83% مقارنة بالذكور. ويرجع ذلك أساس إلى العامل البيولوجي للمرأة، أي دخول المرأة في سن اليأس الذي يصاحبه عدد كبير من الأمراض المزمنة. وهذا لا يعني أنه عامل أساسي في الإصابة بذا الداء، بل هناك عوامل أخرى تساعد في الإصابة بذا الداء منها الضغوطات النفسية والإجتماعية، التغذية، السمنة مع قلة النشاط الحركي والعامل الوراثي. إذ أننا نحتاج لفهم العامل الأخير في تحديد مدى إمكانيته في التأثير على الشخص ليكون مصابا بداء السكري. فمن المعروف أن هناك تأثير جزئي لهذا العامل بالإصابة بداء السكري هذا من جهة. ومن جهة أخرى، فإن التغير الثقافي إرتبط بشكل كبير بزيادة نسبة الكربوهيدرات الموجودة في الغذاء. فالجزائر من بين الدول التي أصابا تغير بيئي في محيطها، حيث إنتقلت من دولة زراعية إلى دولة صناعية بيئة غنية بثرواتا النفطية. وعلى إثر ذلك كثير من مظاهر الحياة تغيرت نتيجة الوفرة الإقتصادية المتعلقة بالغذاء وأيضا تكيف الجزائر مع النمط الغربي في التغذية، إستهلاك للمواد الغذائية المعلبة، ظهور المطاعم ومحلات الأكل الخفيف بشكل مذهل في الجزائر. فحدث تحول كبير في الغذاء الخاص بالفرد الجزائري وحتى في العادات الغذائية، وأصبح جلب الطعام وطلبه من الأمور السهلة المنال بسبب الإنفتاح نحو الخارج. فهذا التغير في أسلوب الحياة كان أحد العوامل الرئيسية في ظهور الأمراض المزمنة خاصة داء السكري. وعلى هذا الأساس فإن الجدول التالي يوضح لنا بشكل دقيق معدل إنتشار داء السكري حسب الفئات العمرية، وهذا حسب معطيات التحقيق الوطني الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2006 .

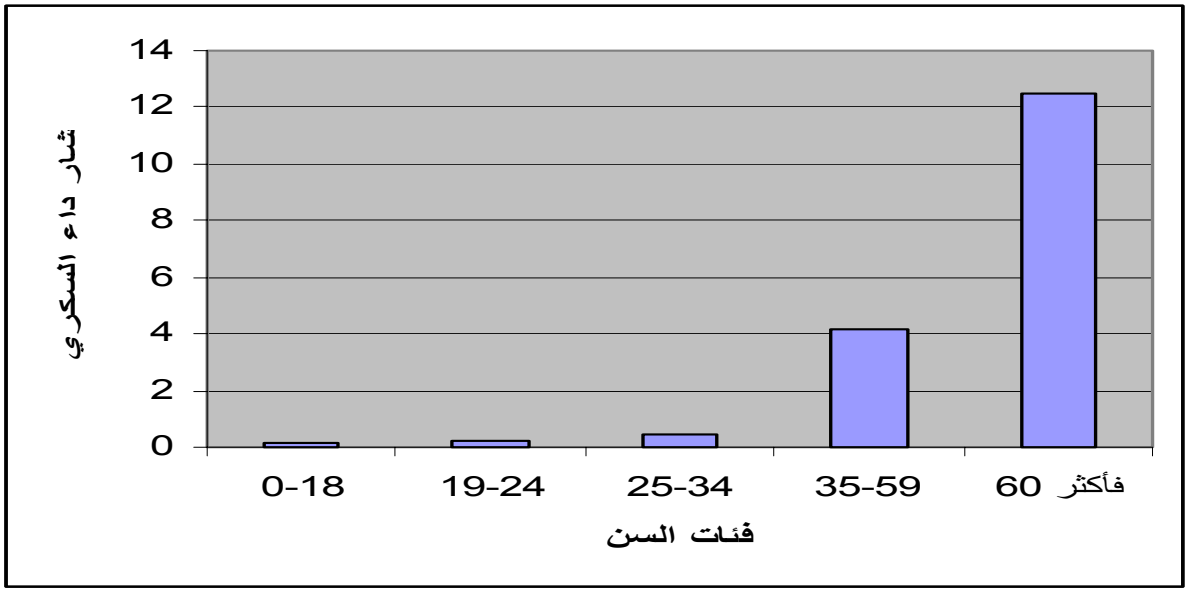
جدول رقم (25): يمثل معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن %.

الفئات العمرية	معدل إنتشار داء السكري
0-18 سنة	0.16
19-24 سنة	0.23
25-34 سنة	0.42
35-59 سنة	4.13
60 سنة فأكثر	12.52
الموع	2.10

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 32.

شكل رقم (07): يمثل معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن %.



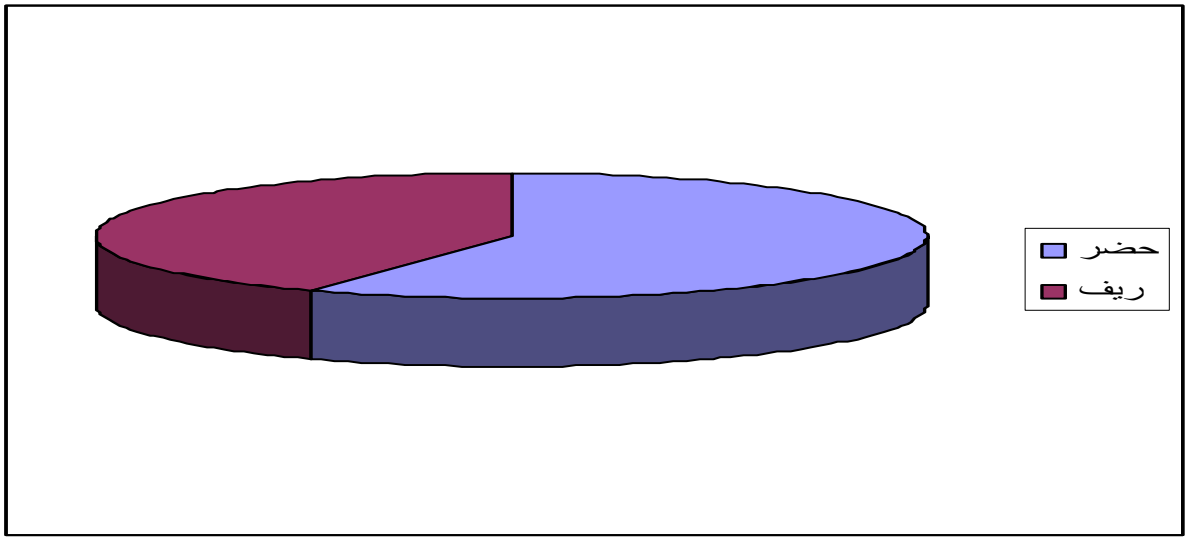
جدول رقم (26): يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة %.

مكان الإقامة	نسبة الأشخاص الذين يعانون داء السكري
حضر	22.5
ريف	16.3
الموع	20.1

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire,Office national des statistiques, Alger, 2007,P 33.

شكل رقم (08): شكل دائري يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب منطقة الإقامة.



من خلال معطيات الجدولين السابقين رقم (25) و(26)، يتضح لنا أن داء السكري يصيب الفئات العمرية المرتفعة في السن وبالدرجة الأولى سكان الحضر، نتيجة الإكتظاظ السكاني، حيث نجد في التمعات الحديثة المشاكل والضغوطات النفسية والإجتماعية التي تزيد من إحتمالات التعرض للأمراض السيكولوجية مثل داء السكري. فالمعيشة في بيئة ريفية تقليدية وما تحمله من عادات، تقاليد وممارسات إجتماعية وثقافية مرتبطة بالبيئة الجغرافية قد تقلل من نسبة الإصابة ببعض الأمراض المزمنة. وهذا ما أثبتته معظم الدراسات التي تؤكد بأن الأمراض المزمنة تنتشر في المدينة أكثر من الريف الذي يعرف الهدوء والإستقرار النفسي. فهذا المرض من أهم الأمراض المزمنة المنتشرة بشكل كبير في التمعات المتحضرة، مما يجعل منه أحد أبرز المشكلات الصحية التي يواجهها السكان في الوقت الراهن. وهذا الخلل الفسيولوجي لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم العوامل التي أدت إلى حدوثه في الجزائر، والتي من أهمها التغير في البيئة، التغير في الغذاء ونمطه الذي يعتبر من أبرز نتائج التحديث. إذ أن هذا التغير أدى إلى زيادة معدلات السمنة التي إرتبطت بداء السكري، حيث تنتشر البدانة في التمع المتحضر بنسب متفاوتة مقارنة بالريف.

إن التأثير البيئي إلى جانب العامل الجيني لا يمكن تجاهله في الإصابة بداء السكري، كما هي الحقيقة مبينة، فإن التغير في "طرق الحياة والعيش وخاصة التغيرات التي حصلت في طرق التغذية والعمليات الغذائية أصبحت تعرف على أنا عامل أساسي في وجود بعض الأمراض، ولذلك فإن المعرفة بعلم التغذية تعتبر أمرا مهما لمعرفة الأجزاء أو المكونات الغذائية، مع المعرفة المرتبطة أساسا بالأنثروبولوجيا الثقافية لتحديد عوامل التغير الإجتماعي والثقافي الذي حدث للمجتمع والتي إرتبطت بتغير الغذاء".[1] ونتيجة لذلك، سعت المنظمة العالمية للصحة إلى تحديد كل عوامل الخطر بالإصابة بالأمراض غير المتنقلة، وأكدت على الوقاية، المتابعة والمراقبة الطبية لهذه العوامل. وذلك من خلال إجراء دراسات وتحقيقات في هذا المال.

3- أمراض القلب في التمع الجزائري: إن الأمراض القلبية لها علاقة وطيدة مع الضغط الدموي وداء السكري، فأغلبية المرضى المصابين بالسكري تتنابم مضاعفات هذا الداء من بينها داء القلب الذي يعتبر من الأمراض الخطيرة التي لا تحمد عقباها. وقد يكون ذلك نتيجة الإهمال في الصحة بالنسبة لمرضى داء السكري. ويعتبر مرض القلب من الأمراض الأكثر إنتشارا في الجزائر. ويمكن توضيح الصورة أكثر من خلال الدراسات المنجزة في هذا الصدد.

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 67.

جدول رقم (27): يمثل معدل إنتشار مرض القلب حسب فئات السن%.

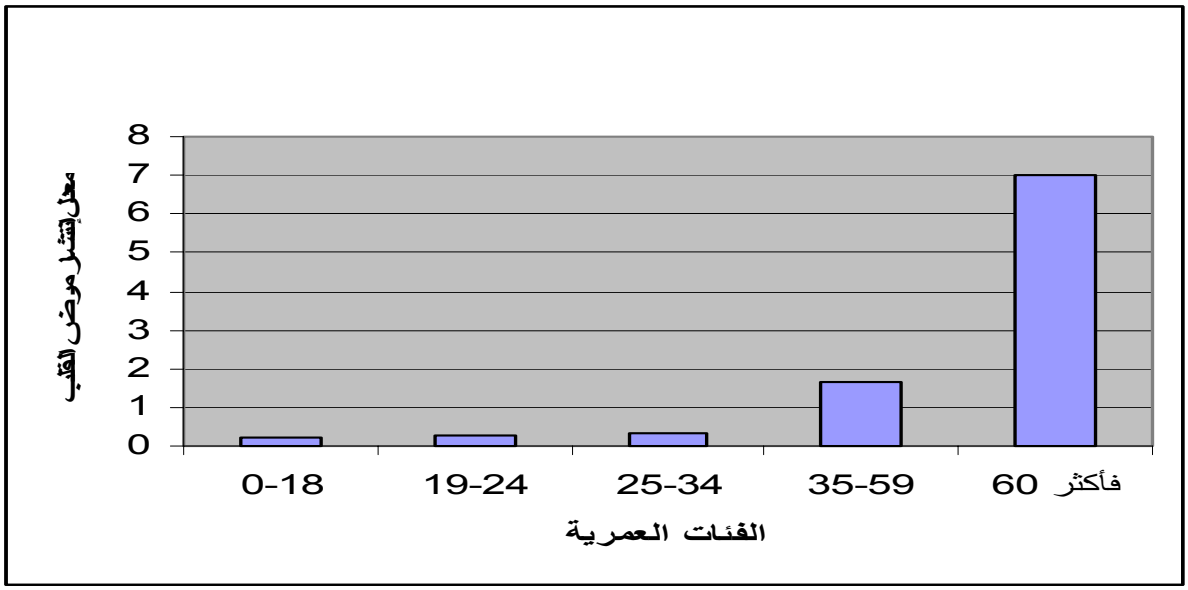
الفئات العمرية	معدل إنتشار مرض القلب
0-18 سنة	0.24
19-24 سنة	0.26
25-34 سنة	0.31
35-59 سنة	1.65
60 سنة فأكثر	6.98
الموع	1.11

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 32.

من خلال معطيات الجدول السابق، نلاحظ أن معدل إنتشار مرض القلب يرتفع كلما إرتفع السن، حيث أن الفئة العمرية 60 سنة وأكثر تعرف معدل مرتفع من الإصابات. إذ أن هذه الأمراض ترتفع عند الفئات العمرية المسنة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. وهذا يشكل عبئا ثقيلا على الدولة في مجال التكفل بذه الشريحة من المرضى. وللتوضيح أكثر، فإن الشكل التالي يبين معدل إنتشار مرض القلب حسب الفئات العمرية.

شكل رقم (09): يمثل معدل إنتشار مرض القلب حسب فئات السن %.



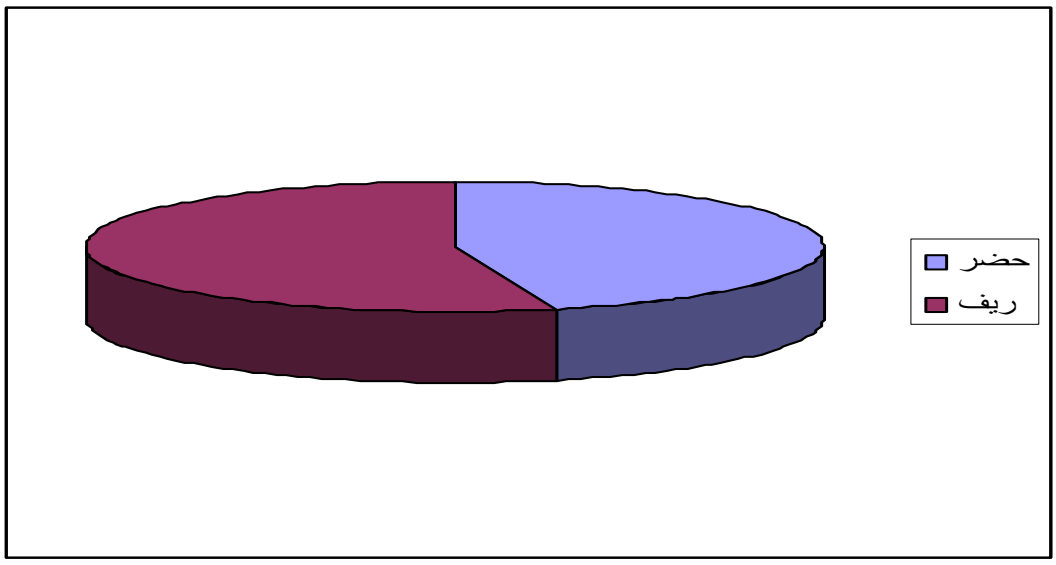
جدول رقم (28): يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب مكان الإقامة %.

مكان الإقامة	نسبة الأشخاص الذين يعانون مرض القلب
حضر	15.1
ريف	18.1
الموع	16.1

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007,P 33.

شكل رقم (10): شكل دائري يمثل نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب منطقة الإقامة.



من خلال معطيات الجدولين السابقين، يتضح لنا جليا أن معدل إنتشار مرض القلب يرتفع عند المسنين بنسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، والنسبة تكاد تكون متساوية بين الريف والحضر. ويمكن تفسير ذلك على أساس الغذاء الذي هو أحد أبرز مسببات حدوث الإصابة بذا المرض. فهذا التغير الذي طرأ على نمط التغذية في الجزائر بسبب عوامل التغير الإجتماعي والثقافي كان عامل فعال في حدوث مثل هذه الأمراض المزمنة، حيث "شهد العالم المتحضر اليوم إزديادا في كمية الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات والدهون التي ترفع من نسبة الكلسترول بالدم وتؤدي إلى الإصابة بإنسداد الشرايين. فإرتبط العالم اليوم بظاهرة السمنة على أنه أحد إفرازات التغير في الغذاء، وأصبحت السمنة ترتبط بشكل مباشر مع أمراض القلب".[1] لذلك فهي تشكل أكبر مشكل وفي نفس الوقت مرض ينتشر بين شرائح السكان حتى

(1) نفس المرجع، ص 301.

الأطفال. فهذه الظاهرة إرتبطت مع مجموعة من الأمراض خاصة في التمع الحديث. وهذا لا يعني أن الأفراد نحيفي الجسم لا يتعرضون لهذه الأمراض بل هم أيضا عرضة لها، ولكن نسبة الإصابة ترتفع أكثر لدى الأشخاص الذين يعانون من البدانة التي تخلف آثار سلبية على الصحة وأمراض القلب. وقد تكون نتيجة العادات والتقاليد الإجتماعية والثقافية. وفي هذا السياق، يمكن القول أن ظاهرة السمنة تؤدي أيضا إلى مرض الضغط الدموي والسكري، واللذان يؤديان في أغلب الأحيان إلى الإصابة بأمراض القلب. وكما هو معروف فإن الوقاية خير من العلاج، يعني ذلك أهمية الرياضة والحركة في الحفاظ على الصحة. فقلة الهود العضلي والحركي قد تكون سببا في حدوث أمراض شرايين القلب، حيث يعتبر هذا العامل من الأسباب الرئيسية في حدوث أمراض القلب في الجزائر في المدينة أكثر من الريف، لأن الحياة العصرية توفر للإنسان كل متطلباته دون بذل جهد كبير هذا من جهة. ومن جهة أخرى، فإن توفر وسائل النقل ونوعية الأعمال التي يقوم با الفرد كلها عوامل تحث من ممارسة الحركة والنشاط العضلي. فالرياضة تقلل من نسبة الكلسترول في الدم، فقدان السعرات الحرارية والوزن الزائد، وبالتالي تخفض من إحتمال الإصابة بتصلب شرايين القلب. ففي هذا الصدد الأطباء ينصحون مرضاهم بالقيام بالحركة والمشي يوميا خاصة مرضى داء السكري والضغط الدموي للتقليل من نسبة الكلسترول في الدم.

إن عناصر التغير الإجتماعي والثقافي بما في ذلك التحديث كانت سببا في إبعاد الفرد الجزائري على إتباع أسلوب صحي في الحياة ألا وهو الرياضة. فإنشغالات الشخص بأموره المادية وعدم توفر الوقت الكافي له جعله لا يهتم بالرياضة. وحتى أن طبيعة أعماله أصبحت لا تتطلب جهدا عضليا في أغلب الأحيان. عكس ما هو موجود في التمع التقليدي الريفي الذي يعرف حركة ونشاط بسبب البيئة الجغرافية التي يعيش فيها. لهذا فإن "التحديث فرض بعض القيود على الهود العضلي والحركة وممارسة التمارين الرياضية. هذا كله ارتبط بلا شك بأمراض القلب والشرايين. ونتج عنه حدوث حالات من الإصابة زادت بشكل كبير في هذه التمعات عن سابقتها".[1]

إلى جانب العوامل السابقة، فإن العادات السيئة التي يمارسها الفرد في حياته كعادة التدخين تعتبر من المسببات الرئيسية في حدوث شرايين تصلب القلب. فمن خلال إحصائيات وزارة الصحة والسكان فإن 50% من المدخنين بالغين و 75% كان أول تدخين لهم في سن 13 سنة.[2] فقد إتضح من الدراسة التي قامت با وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في إطار تحديد عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير المتنقلة على منطقتين من الجزائر وهما سطيف ومستغانم سنة 2003 على عينة شملت 4136 شخـص يتراوح سنهـم بين 25 و64 سنة ومن بينهم 1628 ذكور و2508 إناث. أن معدل إنتشار إستهلاك التبـغ

(1) نفس المرجع، ص 305.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, P 82.

بدون تدخين قـدر بـ 8.5%. أما متوسط سن تدخين السجارة الأولى فهو 18 سنة، وأخيرا متوسط عدد سنوات الإستهلاك قدر بـ 22سنة. وبالنسبة للمدخنين حاليا، فمثلوا نسبة 15.1% من مجموع المبحوثين، من بينهم 38.1% ذكور أغلبهم من فئة السن 25-34سنة و 35-44 سنة. وفيما يخص نسبة المدخنين منذ زمن بعيد يوميا نجد 7.6% من الموع الكلي، حيث تتوزع النسبة بين 19.4% ذكور و 0.2% إناث. إذ أن النسبة ترتفع عند الذكور في فئة السن 55-64سنة. ويعني ذلك أن هؤلاء الأشخاص بدؤوا التدخين منذ زمن طويل وفي سن الشباب.[1] حيث أن التدخين كما هو معروف طبيا يؤدي في أغلب الأحيان إلى إنسداد شرايين القلب. وهذا ما تثبته الدراسات الطبية. فهذه الظاهرة هي ظاهرة إجتماعية منتشرة بكثرة في التمع الجزائري عند المراهقين، متوسطي السن وحتى كبار السن لدى الجنس الذكري. وهذا لا يعني بأن الإناث لا يدخنون، بل توجد نسبة من الإناث تدخن. فالتدخين بصفة عامة هو مشكلة صحية يعرفها التمع الجزائري لها تأثيراتا السلبية على جهاز القلب، "فكلما قل العمر أو السن الذي يدخن فيه الشخص، تكدس مسببات حدوث أمراض القلب عليه. بمعنى أن الذي يبتدئ في شرب السجائر وأنواعه في سن متأخرة، يكون أقل عرضة من الشخص الذي استمر عليها لوقت طويل".[2] ويمكن القول أنه كلما إرتفعت مدة تدخين الشخص كلما إرتفعت نسبة إحتمال الإصابة بمرض القلب.

(1) Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Op.cit, P2.

(2) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص 306.

المطلب الثالث: الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في الجزائر:

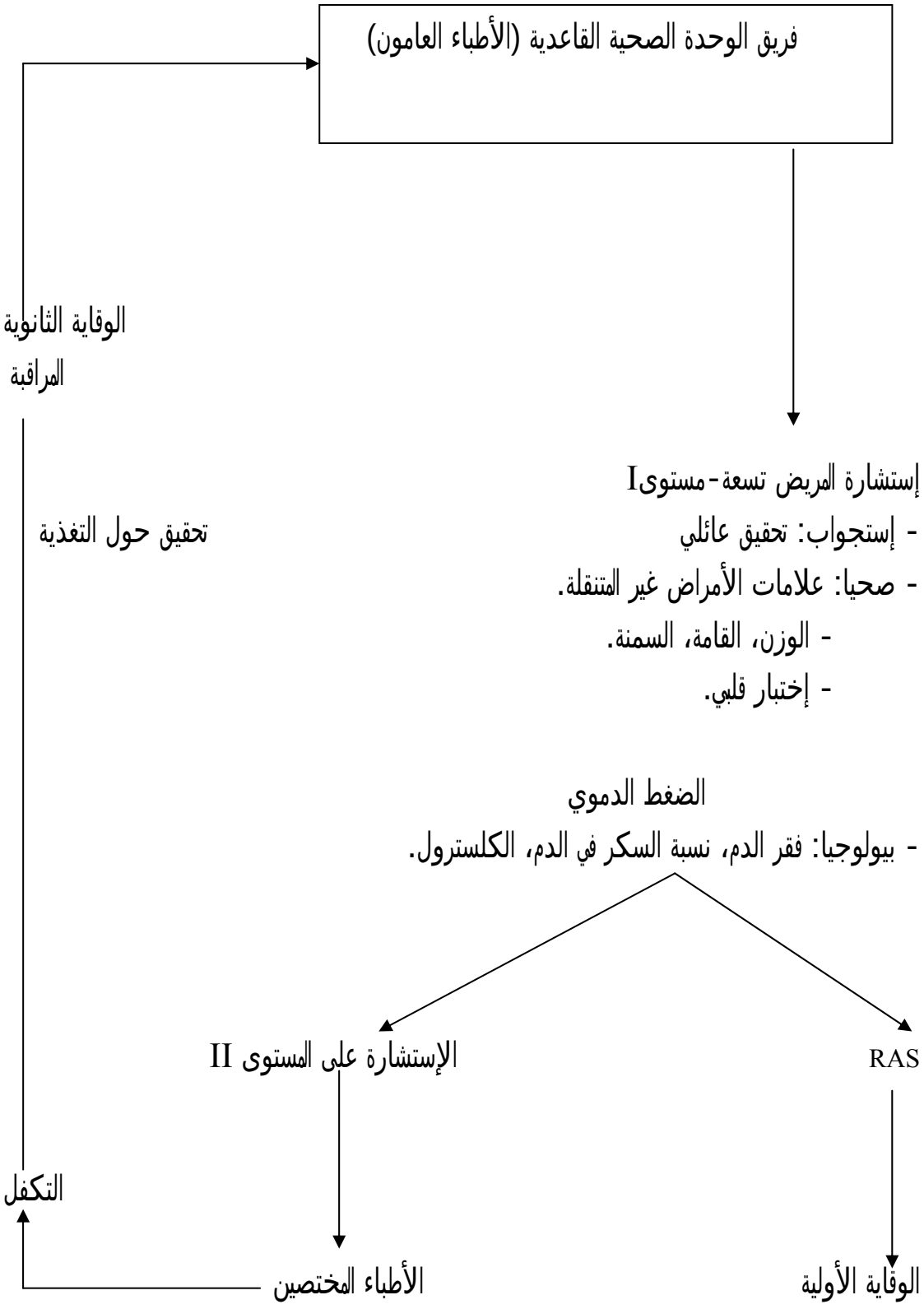
لقد أدى التغير في الخريطة الصحية في الجزائر إلى تغيير السياسات الصحية الرامية إلى القضاء على الأمراض خاصة الأمراض المعدية، وأصبحت وزارة الصحة تسعى جاهدة إلى تكثيف الجهود لمكافحة الأمراض المزمنة والحد من إنتشارها بين السكان، لأنا أصبحت تمثل شبح الموت في عصرنا الحالي. وهي من الأسباب الرئيسية للوفيات، حيث لجأت عدة هيئات وطنية إلى إجراء دراسات وأبحاث علمية لمعرفة وضعية هذه الأمراض في المجتمع الجزائري. منها المسوح التي تقوم با وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات وأيضا التحقيقات التي يقوم با المعهد الوطني للصحة العمومية. وهذا لوضع سياسات وإستراتيجيات مختلفة لمكافحة مثل هذه النوعية من الأمراض. وفي هذا الصدد بادرت هذه الوزارة بإعداد إستراتيجية وطنية للوقاية من الأمراض غير المتنقلة، وعلى رأسها الأمراض الأكثر إنتشارا في الجزائر، ومنها داء السكري، الضغط الدموي، أمراض القلب والسرطان. فتتمثل هذه الإستراتيجية في البرامج الوطنية مثل البرنامج الوطني لداء السكري، البرنامج الوطني للضغط الدموي، البرنامج الوطني لأمراض القلب والبرنامج الوطني للسرطان.....الخ. فهذه البرنامج تركز على تطوير الوسائل العلاجية، دعم المراقبة والعمل على تخفيض تكاليف العلاج.

إن الجزائر من بين الدول التي تبنت سياسة المنظمة العالمية للصحة للوقاية من هذه الأمراض، والتي ترتكز أساسا على برنامج شامل يتضمن المراقبة المستمرة لهذه الأمراض وعوامل خطرها. ويهدف إلى التخفيض من تطور المرض المزمن بين السكان المعرضين لخطر هذه الأمراض. وأيضا المحافظة على حياة المرضى وتجنب المضاعفات.[1] فالإستراتيجية التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة ترتكز على المراقبة والمتابعة المستمرة لعوامل الخطر التي حددت من خلال العادات الصحية، المقاييس الجسمانية والمقاييس البيولوجية. إذ يعتبر كل من إستهلاك التدخين والكحول، التغذية، التحضر، السمنة، الضغط الدموي، إرتفاع نسبة السكر في الدم والكلسترول من أهم وأبرز العوامل المؤثرة في الإصابة بالأمراض غير المتنقلة. وللتخفيف من حدة هذه الأمراض لجأت الدول التابعة للمنظمة العالمية للصحة منها الجزائر إلى وضع إستراتيجية في هذا المجال، حيث تمثلت في الوقاية والمراقبة المستمرة لهذه العوامل.

وقد تظهر مستويات الوقاية من خلال الشكل التالي:

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national du lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op. cit, P14.

شكل رقم (11): يمثل الوقاية والتكفل بالأمراض غير المتنقلة [1]



(1) Ibid, P 70.

وقد تظهر الإستراتيجية الخاصة بالتخفيض من عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالأمراض غير المتنقلة من خلال التركيز على التغذية، النشاط الحركي، التدخين وفي الأخير وضع منهج لتكوين الأطباء العامون. إذ أنه في مجال التغذية يتم وضع سياسة تحث على الإنتاج المحلي للفواكه والخضر، رفع وترقية نشاط الصيد إلى إنتاج اللحوم البيضاء وزيت الزيتون. وأيضا تطوير وترقية عدد المخابر الخاصة بالمراقبة والتحليل الطبي، منها تطوير المراقبة الطبية للحيوانات. وفي هذا الإطار لا بد من التخفيض من المواد الغنية بالملح والكحول هذا من جهة. ومن جهة أخرى تعليم الأفراد أصول التربية الأولية الخاصة بالعادات الغذائية الصحيحة. ويكون ذلك منذ الطفولة لغرس القيم الحميدة في نفوسهم.

إن نسق المتابعة والمراقبة يتم على مستوى كل من المعهد الوطني للصحة العمومية INSP، وذلك من خلال توفير وحدة متكفلة، حيث يتم التنسيق والمتابعة لبرنامج التغذية/ الصحة وتأسيس بنك معلوماتي للوضعية الإبدميولوجية بفضل التحقيقات الخاصة بالسكان. وقد تتم المراقبة أيضا على مستوى بنيات الصحة الموجودة، والتي تسعى إلى تحقيق التوصيات عن طريق مراقبة المؤشرات الطبية. وتسعى الوزارة في هذا الصدد إلى ترقية الرياضة وممارستها من خلال التمارين الرياضية، التحسيس والتوعية بأهمية ممارسة الرياضة لدى السكان عند مختلف الأعمار وتطوير الرياضة المدرسية وحتى في العمل ووقف الفراغ، حيث يتم تكوين الأطباء العامون، المربيين والمدربين في الرياضة لإبراز أهمية ممارسة النشاط الحركي لما في ذلك من فوائد. أما فيما يخص التبغ، فتظهر المساهمة عن طريق وضع تحقيق وطني يبرز خطورة هذه الظاهرة. وفي نفس الوقت رفع تسعيرة التدخين وتوعية السكان على عدم التدخين. [1] وفي هذا الصدد سوف نحاول التطرق إلى بعض البرامج الوطنية منها البرنامج الوطني لداء السكري والبرنامج الوطني للضغط الدموي.

1- البرنامج الوطني لداء السكري: على ضوء المعطيات الإبدميولوجية الخاصة بداء السكري في الجزائر التي تدق ناقوس الخطر، فإن هذه الوضعية فرضت على الوزارة إتخاذ تدابير معينة منها وضع برنامج وطني للتكفل بمرضى داء السكري، حيث أن تقديم هذا البرنامج يتضمن تشكيل مختلف النخب لداء السكري الوطنية، الولائية والمحلية وتطوير البنيات التحتية للبرنامج، الفريق الطبي والشبه طبي. إضافة على ذلك، فإن نجاح البرنامج الوطني يتوقف على مبادرة مختلف مديريات الوزراء.فالنشاطات المقترحة الضرورية هي تقييم مالي مقدم من طرف المديريات المعنية.وأيضا فإن بعض البرامج تحتاج إلى تقسيم متماثل للوسائل المادية والبشرية بما فيهم مستخدمي الصحة وخاصة المختصين في داء السكري. وقد يرتكز هذا البرنامج على الوقاية بكل أشكالها، الكشف عن الحالات، المراقبة، التكفل بالمرضى وأيضا تكوين أطباء مختصين.

إن البرنامج الوطني لداء السكري له عدة أهداف يسعى إلى تحقيقها ومن بينها:

- **الهدف الأول:** لقد تمثل الهدف الأول للبرنامج في **التكوين**، تكوين سنوي للمختصين. إذ أن التكوين

(1) Ibid, P 83-84.

الجامعي الكلاسيكي والتكوين في مدارس الشبه طبي تكوينا ناقصا، لا يسمح بإستكمال النقص الموجود. وعلى إثر ذلك، لجأت الدولة إلى إيجاد طرق أخرى للتكوين، وهذا قصد إستدراك النقص التكويني، حيث يتم تكوين طبيب و 2 شبه طبي بالنسبة للقطاع الصحي...الخ. (1)

- **الهدف الثاني**: يندرج الهدف الثاني للبرنامج في **الوقاية** التي هي "هدف لتجنب أو تخفيض نسبة عدد الأمراض أو الحوادث"(2). فالوقاية من مضاعفات داء السكري هي وقاية فعالة تبدأ بعلاج بأفضل علاقة "Coût-efficacité" "ثمن- فعالية". ويتعلق الأمر بالوقاية من ظهور مرض السكر وهي وقاية أولية أو بمنع نتائج فورية ومضاعفات المرض بعد فترة وهي وقاية ثانوية. (3) فالوقاية تشمل ثلاثة مستويات تتمثل في الوقاية الإبتدائية، الوقاية الثانوية و المستوى الوقائي من الدرجة الثالثة. وفي هذا الصدد يركز البرنامج على الوقاية الأولية التي هي في الحقيقة تسبق الإصابة بالمرض، حيث يطلق عليها المقاييس الوقائية الفردية. وتشمل كل من النظافة الجسمية، النشاط البدني والرياضي، التغذية والتطعيم هذا بصفة عامة إلى جانب ذلك نجد مقاييس الوقاية الجماعية. كل هذه الأفعال والممارسات الإجتماعية تساعد في التقليل من حدة المرض والقضاء على عوامل الخطر.(4) أما بالنسبة للوقاية من داء السكري يجب على الفرد تجنب كل العوامل التي لها علاقة بالإصابة بذا الداء مثل تجنب تناول السكريات بكثرة، السمنة، الضغوطات، المشاكل النفسية، إتباع نمط غذائي متوازن وممارسة الرياضة لتفادي الإصابة. فكل هذه العوامل هي وقاية أولية يتبعها الإنسان للحفاظ على الصحة. فالوقاية الأولية تتمثل في حماية الأشخاص الحساسين الأكثر قابلية لظهور مرض السكر.(5) وكما ذكرنا سالفا، فإن البرنامج يركز على الوقاية الأولية التي تكون على مستوى المدارس، الجامعات ووسائل الإعلام بصفة عامة. إضافة على ذلك يفترض إتباع تغذية متوازنة ومكافحة التحضر.(6) أما بالنسبة للنوع الثاني من الوقاية هي الوقاية الثانوية التي تأتي بعد مرحلة ظهور المرض، وتدف إلى محاولة إيقاف تطور المرض. وقد تشمل هذه الوقاية متابعة ومراقبة سليمة للحالة الصحية. وأيضا التحسين في مجال التكفل.(7) وأخيرا الوقاية الثانوية تدف إلى إكتشاف المرض والوقاية منه والعلاج المتخصص، أي تدخلات ملائمة في الوقت المناسب، وتكون نتائج مرضية من وجهة نظر الطريقة الحياتية لهؤلاء المرضى العلاقة ممتازة بين "الثمن- فعالية" خاصة عندما تسمـح بالوقاية من الإستشفـاء. أي تجنب

(1) Ibid, P 42-43.
(2) Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op cit, P36.
(3) OMS, « Le coût du diabète, journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Aide mémoire, Op.cit, P3.
(4) Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op cit, P36.
(5) OMS,« Le coût du diabète, journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Aide mémoire, Op.cit, P3.
(6) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op cit, p 43.
(7) Ibid, p 43.

الإصابة بمضاعفات المرض.[1]

-**الهدف الثالث:** يتمثل الهدف الثالث في **الكشف عن حالات داء السكري**، خاصة داء السكري غير الخاضع للأنسولين. فمن خلال الكشف الطبي يمكن أن نترقب أو نتنبأ عن عدد حالات داء السكري. وعلى إثر ذلك يمكن التكفل بؤلاء المرضى على أحسن وجه، وذلك من خلال التكفل المالي. وفي هذا الصدد يمكن التقليل من حدة الثمن المباشر المتمثل في التقليل من مضاعفات داء السكري وأيضا الثمن غير المباشر المتمثل في الثمن الإنساني وهو ثمن التخلي والتوقف عن العمل والإعاقة. أي تجنب كل هذه الحالات إذا كان الكشف مبكرا لداء السكري. وفي هذا الصدد، فإن الكشف يرتكز على الكشف المنتظم أو الهدفي، والذي يكون كل 3 إلى 5 سنوات عند الأشخاص الأكثر من 45 سنة أو الذين لديهم والد مصاب بداء السكري من الدرجة الأولى. ومرة واحدة في السنة في حالات وجود عوامل الخطر، أي عند الأفراد الذين يعانون من الضغط الدموي، السمنة وزيادة الوزن، إرتفاع معدل السكر في الدم على الريق وغيبوبة السكري والذين لديهم قابلية لداء السكري. وقد ركز البرنامج على وسائل وإختبار الكشف، إذ أن الأشخاص الذين تم الكشف عنهم وكانت النتائج إيجابية يمكن التكفل والإهتمام بم مثل باقي المرضى الحقيقيين المعرضين لمضاعفات قلبية وغير ذلك. وقد يشمل التكفل بم أيضا من خلال مخطط التربية. ويمكن القول أن نسبة السكر في الدم الذي يكون 1.26 غ/ل على الريق بعد 8 ساعات إلى مرتين عن المعتاد. وقد يتوقف الكشف الطبي عن حالات داء السكري على المختصين في المال الطبي وعلى السكان المستهدفين. وفي هذا الإطار فإنه يضمن أولا من طرف الأطباء العامون، ولكن الأطباء الأخصائيين هم الأكثر تحديدا للكشف. وفي المرتبة الثانية نجد الممرضين، الصيادلة وجمعيات المرضى الذين يتمثل دورهم في حث وتشجيع الأشخاص المعرضين للخطر لتقبل الكشف الطبي الذي لا بد أن يكون إجراؤه سكن مع الأشخاص الذين يعانون من الأمراض القلبية وداء السكري. وأيضا الأشخاص الذين لديهم الكلسترول مثلا، حالة إستهلاك التبغ والتدخين، مراقبة الوزن حسب الطول والضغط الدموي. لهذا لا بد من إجراء الكشف لهؤلاء للتأكد من عدم إصابتهم بداء السكري، حيث يكون الإختبار والمقابلة الطبية ضرورية، وحتى أن البحث عن الإصابات السابقة في العائلة لا بد من وضعها في الحسبان وإتخاذ الإجراءات اللازمة في الإستشارة الطويلة للكشف. والذي لا يمكن أن تكون له فائدة إلا إذا التدريب على التكفل مبكرا.

-**الهدف الرابع**: يتمثل الهدف الرابع للبرنامج في **التربية الصحية للمرضى**، حيث أن التكفل بمريض داء السكري ليس من الأمر السهل، فلا بد من أهمية التنسيق في الكشف المبكر ومتابعة التكفل المناسب بالمصاب. وفيما يخص النوعية الطبية نجدها تعتمد على كل ما هو تقليدي وثقافي، حيث أن الميدان الطبي الحالي ذو إمتياز على نفقة أو حساب الإحترازي والتربوي. ففي هذا المال الإتصال، المعلومة والإنطلاقة

(1) OMS, « Le coût du diabète, journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Aide mémoire, Op.cit, P3.

التربوية إنما إضطرابات تطوعية، لأن التربية الصحية للمريض هي في الحقيقة غياب المعرفة الطبية الأولية. فمحيط المريض، عائلته، الوسط المعيشي والبيئة الإجتماعية هي على العموم غير كافية. فلا بد من وضعها في الحسبان في عملية العلاج. وفيما يتعلق بالطبيعة التنظيمية، فإن أغلبية المستخدمين الحاليين يفتقدون إلى التنسيق، المتابعة، الوقت الشاغر لتلقين التربية الصحية، الموارد البشرية، الموارد المالية وتقييم للنشاطات المؤسساتية. أما النتائج التأملية والتبصرية، فتكون على مستوى تكوين الأشخاص الذين يقومون بالعناية أو الرعاية الأولية والمتابعة من خلال النموذج البيداغوجي وبرنامج بنية التكوين. وبالنسبة لتثقيف وتربية المرضى، فإن الشروط الضرورية لذلك، تستوجب الإلتزام والتعهد بالنسبة لكل مريض في الشهور التي يكون يتابع فيها الكشف عن داء السكري. ففي كل مرحلة من المرض، التربية الصحية تكتسب حسب إحتياجات المرضى. وعليه فإن التربية هي تقدم مستمر، حيث ممكن أن نلجأ إلى عدة وسائط في مختلف الأوقات وضرورة الإلتزام بإستكمالها من طرف أطباء مختصين، أطباء عامون، ممرضين، مساعد في العناية، صيادلة، مختصين نفسانيين وجمعيات المرضى....الخ. إن لكل واحد منهم له دوره في نشر التربية الصحية في أوساط المرضى. وعليه فإن الوسائل التي نضعها في الحسبان، هي إعداد أو تحضير النصوص الخاصة والمعروفة بتربية المرضى مثل حالة من عقد طبي. إضافة على ذلك، إعداد وتحضير البرامج الوطنية للتكوين الطبي والشبه الطبي ووضع إستراتيجية لتربية المرضى في أكثر المستويات، وذلك من خلال الوحدات الصحية، القطاع الصحي والمستشفيات.

الهدف الخامس: يتمثل الهدف الخامس في **التكفل بالمرضى المصابين بداء السكري** خاصة النوع الثاني غير الخاضع للأنسولين، حيث أن التكفل بم غير مرضي في الوجود. فهذه الوضعية هي قبل كل شيء غياب الكفاية من ناحية العدد ومن ناحية الكفاءة المهنية فيما يتعلق بالمختصين المهنيين بمجال هذا التكفل. وعليه من المستعجل إنشاء مخطط خاص بالتكوين، وهذا بالتنسيق مع الفريق الأجنبي. وفي هذا المال لا بد من إجراء رسكلة تسمح بالترقية في فريق المكونين أو المؤطرين خلال فترة التربص. ويجب في هذا الغرض التركيز على التربية في مجال الوقاية الأولية من الأمراض العصرية الأمراض القلبية وبعض أنواع السرطان، ويجب توجيه هذه التربية إلى أكبر جمهور بما فيه أطفال المدارس.

الهدف السادس: إن الهدف السادس للبرنامج يتمثل في **التكفل بعناية القدمين**. فالمضاعفات الناتجة عن داء السكري مرتبطة أساسا بإعتلال الجهاز العصبي، ومشاكل القدمين، فهذه المضاعفات هو أكثر إنتشارا، في تطور مستمر وخطير، لكن يمكن تجنبه عن طريق تتبع الوقاية الفعالة، وذلك من خلال كشف مبكر للمخاطر وتربية المرضى. وهذا لتفادي المضاعفات الخطيرة لداء السكري.[1]

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op cit, p 44-45.

2- البرنامج الوطني للضغط الدموي: يندرج البرنامج الوطني لمكافحة الضغط الدموي في كل من الوقاية، الكشف الطبي والتربية الصحية. وإلى جانب ذلك التنظيم الخاص بالتكفل بالمرضى والعناية.

أ- **الوقاية**: تعتبر الوقاية خير من العلاج، وهي بمثابة منع كلي للإصابة بالأمراض. وقد تشمل الوقاية من الضغط الدموي على التعرف على عوامل الخطر المتمثلة في السمنة، التدخين، داء السكري، التحضر والقلق. وأيضا تعديل الممارسات إتجاه عوامل الخطر، وذلك عن طريق التوقف عن التدخين، تعديل النظام الغذائي وممارسة النشاط البدني. وكذلك تعزيز الوقاية الثانوية، وذلك من خلال البرنامج الوطني المطبق والتنسيق مع البرامج الأخرى الخاصة بداء السكري، السرطان والأمراض التنفسية.

ب- الكشف: يتم الكشف بفضل التعرف عن السكان المعرضين للخطر بالإصابة بالضغط الدموي في أماكن معينة منها المدارس، الجامعات، مكان العمل ومراكز الصحة.

جـ- المعرفة الصحية: تعتبر المعرفة الصحية وقاية بحد ذاتا، إذ تتمثل في تحديد نسق المعلومات الصحية، جمع المعلومات، الإستغلال والتحليل. وذلك بإشراك القطاع الخاص في هذه العملية. ولتحقيق نتائج إيجابية في مجال التربية الصحية، فلا بد من القيام بعملية التوعية في وسائل مختلفة من وسائل التثقيف الصحي كوسائل الإعلام، التلفزة وحتى في المدارس. وقد تظهر الأعمال الملموسة من خلال صناعة المواد الغذائية وتعيين نسبة الملح. وأيضا المهن المستهدفة مثل المطاعم، محلات الأكل الخفيف والمخابز. ويمكن تطوير هذا المنهج التعليمي من خلال إدماج البرنامج في ميدان تدريس الأطباء و التركيز على التكوين المستمر.

د- تنظيم التكفل بالمرضى: ويظهر التكفل في المرتبة الأولى على مستوى المراكز الصحية والعيادات الخاصة. وفي المرتبة الثانية على مستوى القطاعات الصحية، مستشفيات الدائرة وعيادة متخصصة. وذلك بتسخير الموارد البشرية والمادية ووسائل طبية أخرى. مثلا في المرتبة الأولى يتم التكفل من طرق الأطباء العامون بوسائل منها مقياس الضغط الدموي، سرير لإجراء الإختبار الطبي والكشف الطبي و مقياس الوزن. أما في المرتبة الثانية فيتم ذلك من خلال أخصائيين في مرض القلب بموارد مختلفة نفسها الموجودة من قبل مع مخطط للتخطيط القلبي ECG وسرير للمراقبة الطبية. أما بيولوجي، فلا بد من إجراء بعض التحاليل الطبية مثل نسبة السكر في الدم، الكلسترول...الخ.

هـ- أداء العناية: تتوقف العناية على كل ميزانية معينة تخصص لهذا الغرض وعلى الأدوية.إذ يتم تنظيم محكم للتكفل بالمرضى، وذلك عن طريق دفتر صحي، بطاقة، سجل، نموذج تعديل تعويض الأدوية. وأيضا تحديد شبكات للعلاج والعناية، حيث يتم ذلك بفضل وجود علاقة بين القطاع الصحي والمستشفى وأيضا جمع أو إشراك القطاع الحر.[1]

(1) Ibid, P P 47-49.

المبحث الثاني: التربية الصحية ودورها في تسيير المرض المزمن.

إن التربية الصحية من أهم مجالات وبرامج الصحة العامة، حيث أنه لا يمكن تحقيق الصحة وأهدافها العامة دون المشاركة الإيجابية والفعالة للفاعلين في النسق الطبي والأفراد المستفيدين من الخدمات الصحية. ولهذا فإن تقدم المتمع وتطوره صحيا يتوقف على مدى توفر الوعي الصحي النابع من التربية الصحية التي تعتبر "الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المتمع وتعتمد عملية التثقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المتمع لذلك لقيت هذه العملية إهتمامات متزايدة من الأطباء والعلماء المحدثين".[1] وحسب تصور "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، فإن نقص التثقيف الصحي وعدم توفر الوعي الصحي من أهم المعوقات الوظيفية لنسق العلاج الطبي. فهذا العامل هو معوق من معوقات التكيف. وإنطلاقا من هذا الأساس سنتطرق في هذا المبحث إلى التربية الصحية بإبراز معناها وأهدافه، إلى جانب أهم ميادينها. كما أننا لا ننسى دور الطبيب ووسائل الإعلام في نشر التربية الصحية.

المطلب الأول: التربية الصحية وأهدافها: إن عملية التثقيف الصحي هي عملية تعليمية إجتماعية تدف إلى رفع المستوى الصحي للفرد والمتمع، وهي بمثابة تنشئة إجتماعية يقوم با المختصون في التثقيف الصحي. وعليه فإن مصطلح التربية الصحية يتألف من شطرين وهما: التربية والصحة. فالتربية "هي عملية منظمة تدف إلى إحداث تغيرات مرغوب فيها في سلوك الفرد، من أجل إحداث تطور متكامل للشخصية من جميع جوانبها الجسمية، العقلية، الإجتماعية، الإنفعالية".[2] ويمكن القول أن التربية هي التثقيف وهو كلمة مشتقة من ثقافة، وهي تثقف الذي يعني "العملية التي يكتسب الفرد أو الجماعة عن طريقها خصائص ثقافة أخرى من خلال التفاعل والإتصال المباشر، أو هي إكتساب الثقافة بالمشاركة والإتصال (...) تشبه عملية التثقيف من وجهة نظر الفرد التعلم الإجتماعي أو التنشئة الإجتماعية"[3].

أما الشطر الثاني من هذا المصطلح فهو الصحي، ونقصد به الصحة التي تعرف من طرف المنظمة العالمية للصحة على أنا "الحالة التي يكون فيها الإنسان يتصف بحالة متكاملة من الناحية النفسية والطبية وليس مجرد عدم وجود أي مرض". [4]

---

(1) مصطفى القمش، خليل المعايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص181. .

(2) جمال مثقال القاسم، مرجع سابق، ص 14.

(3) محمد عاطف غيث، قاموس علم الإجتماع، مرجع سابق، ص 14.

(4) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص 169.

وعلى ضوء ما سبق فإن التربية الصحيـة تعد من المفاهيـم الأساسية وأهم مجالات الصحة العامة، حيث تطور هذا المفهوم "عبر المراحل التاريخية المختلفة حسب آراء الناس ومفاهيمهم عن الصحة والمرض إبتداءا من الوقت الذي كانت فيه معالجة الأمور الصحية عن طريق الكوادر الصحية المتخصصة في العيادات والمستشفيات ومرورا بالتطور في جميع مجالات الحياة من إكتشافات وإختراعات طبية فأصبح أكثر شمولا وإنتهاءا بتصاعد المتطلبات الإجتماعية وقيام العلاقات البناءة بين أفراد التمع وبين القائمين على توفير الرعاية الصحية، لذلك ظهرت للتثقيف الصحي تعاريف متعددة تشترك جميعها في أن التثقيف الصحي ينصب أساسا على سلوكيات الأفراد والجماعات"[1].

وإستخلاصا لما سبق ذكره، فإن التربية الصحية. فهي "عملية تزويد أفراد التمع بالخبرات اللازمة بدف التأثير في معلوماتم وإتجاهاتم وسارساتم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا حميدا ومعنى آخر فإن التربية الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية سليمة على مستوى الفرد والتمع وذلك بإستعمال الأساليب التربوية الحديثة"[2] بغرض رفع المستوى الصحي والإجتماعي للفرد والتمع عامة. وبعبارة أخرى، هي أيضا "مجموعة الخبرات التي تؤثر في عادات وإتجاهات ومعارف الأفراد، وحتى يمكن للمختصين في برامج التثقيف الصحي توصيل هذه الخبرات للأفراد في التمع، فمن الضروري أن نجعلهم يشعرون بالحاجات الصحية ومشاكل التمع ومن المهم أيضا لنجاح البرامج الصحية التثقيفية يجب أن نضع أيضا في الإعتبار عادات وإتجاهات الأفراد في التمع".[3] فهذه العملية تشبه التنشئة الإجتماعية، بإعتبارها "منهج تعليمي يهدف إلى رفع المستوى الصحي للفرد بقصد تحسين الصحة العامة للجماعة والنهوض با، فهو يرفع المستوى الإجتماعي للناس ويقضي على أساليب الأمية الصحية ويمنع الأمراض ويحسن الصحة العامة في التمع"،[4] حيث تعتمد التربية الصحية على الهودات التعليمية والتربوية التي تدف أساسا إلى تطوير سلوك الفرد، عاداته وعقائده في إتجاه يساعد على رفع المستوى الصحي. [5]

وأكثر تدقيقا لما ذكر من قبل، فإن التربية الصحية هي "تعليم الناس أصول الصحة العامة لكي يقووا أجسامهم ويحافظوا عليها سليمة، وكي يعرفوا شيئا عن طريق العدوى وإنتقال المرض، ثم تعويدهم منذ نعومة أظفارهم على العادات الصحية حتى تصبح لديهم طبيعة ومن أهم هذه العادات المحافظة على النظافة، الجسم والألبسة والمسكن (...) الحرص على نظافة الأيدي (...) وبالطبع فعلى المريض أن يكون أشد حرصا على إتباع الوسائل الصحية حتى لا ينقل المرض إلى غيره". [6] بمعنى آخر "عملية تعليم التمع كيفية

(1) مصطفى القمش، خليل المعايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 181.
(2) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 31.
(3) حسين عبد الواحد الشاعر، مرجع سابق، ص ص 47-48.
(4) أحمد حلمي شاهين، محمد كمال عبد الرزاق وآخرون، مرجع سابق، ص 135.
(5) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 135.
(6) نبيه الغبرة، الصحة والوقاية، المكتب الإسلامي، دمشق، 1969، ص 89.

كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية".[1] وبإختصار هي "علم وفن التأثير على رغبات وسلوكية الأفراد في المتمع وأداة لكسب ثقتهم وإستقطابم نحو الأجهزة الصحية والتعاون مع المسؤولين في سبيل وقاية المتمع من الأمراض ومحاولة تجنبها مما يؤدي لرفع المستوى الصحي والإجتماعي وتحقيق الحياة السعيدة". [2]

إن هدف التثقيف الصحي ليس فقط نشر المعلومات الصحية وتوزيعها على الناس فقط، وإنما هدفه مساعدة الناس أفراد أو جماعات على الإستفادة من المعلومات والحقائق الصحية وتطبيقها في واقع حياتم وتحويلها إلى ميول وأنماط مستحبة من السلوك الصحي القويم، بحيث تصبح جزءا من حياة الإنسان ونظام معيشته.[3] كما أن "الهدف العام والأعلى لعملية التثقيف الصحي هو تحقيق السعادة للمجتمع عن طريق تحريك الناس للعمل على تحقيق أحوالهم من جميع النواحي وتحقيق السلامة والكفاية البدنية والعقلية والإجتماعية وبالتالي الصحة النفسية والتوافق مع المتمع". [4]

وإذا نظرنا إلى الأهداف التي كان يسعى إليها التثقيف الصحي في السابق، فإننا نجدها تختلف عن أهدافه في الحاضر، حيث أنه كان في الماضي يسعى إلى تزويد الأفراد والناس بالحقائق الصحية، بينما الآن يعتمد أساسا على إتباع أساليب وطرق حديثة تتمثل في تغيير إتجاهات وسلوك الأفراد نحو الصحة. وبالتالي لم يصبح هدفه نشر المعلومات الصحية فقط، بل يمتد إلى التغيير الإيجابي لسلوك الفرد. بالإضافة على ذلك فإن هذا المنهج يعتمد أساسا على عدة سبل لتحقيق الأهداف المراد تحقيقها.

وعلى هذا الأساس فإن الهدف الرئيسي من هذا المنهج التعليمي هو مساعدة الناس على تحقيق السلامة، الكفاءة البدنية، الإجتماعية والنفسية بالمهودات الذاتية، ولن يتحقق هذا إلا بالعمل والمثابرة للوصول إلى الأغراض التالية:

1- تغيير مفاهيم الناس وقيمهم فيما يتعلق بالصحة والمرض على وجه الخصوص، وذلك بجعل الصحة العامة هدفا عندهم. ولا يمكن تحقيق هذا الغرض إلا إذا أخذنا في الحسبان عدة إعتبارات أهمها النظم الإجتماعية القائمة في المتمع، القيم والعادات الموروثة عبر الأجيال. وبالرغم من ذلك فإن التعليم له دور حاسم في هذه العملية، لأن الأمية والجهل يعيقان عملية التثقيف الصحي. بالإضافة على ذلك يجب الأخذ بعين الإعتبار الكفاءة الكمية والكيفية للعاملين في المال الصحي، حيث تعتبر التربية الصحية مسؤولية جميع المسؤولين في الصحة، لأن المثقف الصحي هو حلقة إتصال تجمع بين الوحدات الصحية والوحدات التثقيفية

(1) مصطفى القمش،خليل المعايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 181.

(2) نفس المرجع، ص 182.

(3) نادية محمد السيد عمر،مرجع سابق،ص203

(4) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 182.

الأخرى. [1] وإذا تعمقنا جيدا فإن الحقيقة توضح أن مسألة تنمية التثقيف الصحي مسؤولية كل من الطبيب والمريض معا، إلا أن طبيعة عمل الطبيب توفر له مجالا واسعا لتعليم وتزويد المرضى والأصحاء بالمعلومات الطبية، ويمارس مهنته كطبيب معالج. فالطبيب يقوم بذه العملية كجزء لا يتجزأ من عملية العلاج، فهو يجد نفسه مضطرا لإكمال عملية العلاج.

وإضافة على هذا، فإن إعتبار المريض إنسان، فإنه ينتمي حتما إلى جماعة ومجتمع يؤمن بالعادات والتقاليد، فهو ناقل للتراث الإجتماعي، وله أنماط وسلوكات إتجاه الصحة والمرض، وبالتالي يصعب تغيير ومسح هذه العادات وإدخال عادات بديلة لها في مجال الصحة، مما يجد العاملين بالصحة صعوبات في تحقيق الأهداف المرجوة من التثقيف الصحي.

2- إن الغرض الثاني الذي تسعى إليها وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات هو تغيير إتجاهات، سلوكات، عادات وتقاليد الناس لتعزيز صحة الفرد والأسرة فيما يخص الإسعافات العامة، كيفية الوقاية من الأخطار المرضية، كيفية الإعتناء بصحة الأم والطفل والإعتناء بالتغذية الجيدة التي يجب أنت تحضى بقسط وافر من إهتمام الفرد. إضافة على ذلك، فإنه يجب الإهتمام بالإسعافات الأولية في حالة الحوادث المنزلية والتخلي عن الإسعافات التقليدية الموروثة عبر الأجيال. فمن واجبات المهتمين بالصحة هي تغيير سلوكات المرضى المزمنين، مثلا مرضى داء السكري، الضغط الدموي والقلب. ونشر المعلومات الصحية في وسطهم من خلال كيفية الإعتناء بالصحة، تجنب المضاعفات، مواجهة المشاكل الصحية وكيفية التصرف إزاءها، أهم المأكولات المسموح با والممتنع عنها...الخ. وهذه المهام تعتبر من التدابير الواجب الإهتمام با.

3- الغرض الأخير المراد تحقيقه هو "إنجاح المشروعات والوحدات الصحية، وهذا يتم بتفهم الأهالي للغرض من هذه المشروعات والوحدات مع تقبلهم لها وتجاوزهم من أهدافها، وذلك بثقة الأهالي العاملين في هذه المشروعات والوحدات من وجهة أخرى إتجاهات العاملين ومدى إهتمامهم بخدمتهم". [2]

ويمكن القول أن مشكلة التثقيف الصحي ليست مشكلة نقص في المعلومات الصحية، وإنما في كيفية نقل هذه المعلومات إلى سكان المتمع، وفي إقناعهم بتقبلها وتبنيها لكي تصبح جزءا لا يتجزأ من حياتم الشخصية واليومية. ولهذا فالمستوى الصحي لأي مجتمع لا يقاس بالخدمات التي تقدمها وزارة الصحة، وإنما يقاس بدرجة الوعي الصحي الذي يتمتع به أفراد المتمع.

وعليه فالتثقيف الصحي يخلق الوعي الوقائي وينمي ذكاء الفرد على التمييز بين السلوك الصحي والسلوك غير الصحي. وكذلك يحثه على التقصي عن الأمور المتعلقة بالصحة وكيفية الوقاية من الأخطار المرضية.

---

(1) فوزي علي جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف، مصر، ط3، 1973، ص 44.

(2) نفس المرجع، ص 447.

وخلاصة لما سبق ذكره، فإن تحقيق الهدف الرئيسي للتثقيف الصحي يتوقف على تحقيق الأهداف الأولية المتمثلة في تغيير مفاهيم الناس المتعلقة بالصحة والمرض، وجعل الصحة العامة هدف لديهم. وأيضا الإشتراك والمساهمة بالفعاليات الصحية بأنفسهم ودون دافع خارجي. وهذا بإبراز أهمية وجهود القائمين على الرعاية الصحية ومؤسساتا الهادفة لرفع المستوى الصحي والإجتماعي لأفراد التمع. وكذلك تعريف المواطنين بالدور الرئيسي والأعمال التي تقوم با المؤسسات الصحية. وأخيرا تقييم وتثمين الصحة للجميع، وذلك بجعل الصحة غاية وهدف في نظر الناس. وأيضا تشجيعهم على إنجاح الخدمات الصحية وتفهمهم لغايات وأهداف الخدمات والمراكز. وذلك بفضل تعزيز الأنشطة التي تشجع الناس على التمتع بصحة جيدة وكيفية المحافظة على الصحة.[1]

المطلب الثاني: ميادين التربية الصحية:

وفي هذا ال ال و"لبلوغ غايات وأهداف التثقيف الصحي وللمساهمة في عملية تحسين الشروط الصحية يجب العمل في جميع ال الات المحيطة وجميع جوانب شخصية وحياته"[2]، وهناك عدة مجالات يمكن للتثقيف الصحي ممارسة نشاطاته الهادفة والتي تيأ في كل منها فرص تربوية حديثة نذكر ما يلي:

1- **الصحة الشخصية:** تتمثل الصحة الشخصية بالدرجة الأولى في النظافة الشخصية، التغذية الجيدة، النوم، الراحة والرياضة. بالإضافة على ذلك التصرفات في كيفية الإعتناء بصحة الجسم، نظافته، بالعينين، الوجه والرجلين وكافة أعضاء الجسم. وهذا من أجل أن يتمتع الفرد بصحة جيدة، حيث يتطلب عليه أن يتعرف ويتعود على كل أجهزة الجسم لكي يحافظ على صحة كل جهاز من أجهزة جسمه. وفي هذا الصدد تعتبر الأسرة أحد مؤسسات التنشئة الإجتماعية في ال ال الصحي، حيث يتعلم الطفل أو الشخص منذ طفولته المبادئ الأساسية في الصحة بفضل الأسرة التي توجه سلوكاته وتؤثر في إتجاهاته ومواقفه الصحية. وكما يقال "العلم في الصغر كالنقش على الحجر والعلم في الكبر كالنقش على الرمل". لذا تمثل عملية التربية الصحية جزء لا يتجزأ من عملية التنشئة الإجتماعية.

2- **المنزل:** يعتبر المنزل الملجأ الوحيد للأفراد، حيث يجد فيه الفرد راحته وضالته. وعلى هذا الأساس فإن التثقيف الصحي في المنزل يعتبر القاعدة الأساسية لحماية صحة أفراد الأسرة، حيث تشمل هذه العملية على "العادات الصحية للكبار كقدوة للصغار وطريقة معاملة أفراد الأسرة بعضهم لبعض وإتجاهات الأسرة نحو الصحة والإجراءات الصحية وصحة بيئة المنزل من فضلات ومياه وحشرات وحفظ الأطعمة والتهوية والإزدحام". [3] وبفضل هذه الطريقة يمكن غرس سلوك صحي في نفسية الفرد وتغيير سلوكاته غير الصحية

(1) مصطفى القمش، خليل المعايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص ص 182-183.
(2) نفس المرجع، ص 187.
(3) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 31.

بإدخال عادات صحية جديدة.

3- المدرسة: يوجد ميدان آخر للتثقيف الصحي وهو المدرسة سواء كانت المرحلة الإبتدائية، المتوسطة أو الثانوي أو حتى في المعاهد والجامعات، حيث تتهيأ فيها فرص تربوية كثيرة أهمها صحة البيئة والمرافق الصحية والتربية الرياضية ومشاريع خدمة التمع والسلوك الصحي للمدرسين وغيرهم كقدوة التلميذ والعلاقات العامة بين المدرسين والتلاميذ وغيرهم، وخدمات الصحة المدرسية لها دور هام والمتمثل في الكشف الدوري الشامل والسجلات الصحية وطرق مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية. (1)

وفي هذا الصدد يبدأ التثقيف الصحي في المراحل الأولى للتلميذ، حيث يكون الطفل في هذا العمر قد تعوّد أو ألف أغلب العادات الصحية الضرورية المتعلقة به مباشرة. ففي هذه المرحلة نبدأ بتعليم الطفل الأمور التي تتعداه شخصيا مثلا نبدأ في تدريبه على الطرق التي يستطيع أن يعيش فيها مع الغير والنظافة الجسمية...الخ. في المراحل الإبتدائية نبدأ في تثقيفه بالطريق المباشر أي بواسطة الدروس المتعلقة بالصحة، النظافة والأكل الصحي وغير ذلك (2). وبالتالي في هذه الحالة فإن التثقيف الصحي يشبه التنشئة الإجتماعية.

4- التمع: يعتبر التمع من أهم البيئات الإجتماعية التي يعيش فيها الفرد ويتعلم ويتزود بعاداته، تقاليده وقيمه السائدة فيه، وعليه فإن التمع "تتهيأ به فرص كثيرة تؤثر في السلوك الصحي للمجتمع منها الخدمات الصحية والنصائح التي يحصل عليها الأفراد من هيئات الطب، التمريض، الخدمات المساعدة والخبرة في العمل سواء كان في الحقل أو المصنع أو المتجر أو في الأسواق، وعرض البضائع والأطعمة. (3)

إن التربية الصحية على مستوى التمع هي الأخرى تلعب دورا كبيرا في التأثير على السلوك الصحي للسكان، حيث يهيئ التمع للأفراد الكثير من الخدمات الصحية. وقد تشمل التربية في التمع "مجالات التمع المقاهي والمطاعم والنوادي والمتنزهات والمساجد والمعسكرات والمصانع وغيرها مما يفسح المال لكسب الأسس والمبادئ الصحيحة في جميع الأمور الصحية والإجتماعية خاصة إذا كان التمع واعيا لأسس الصحة العامة". (4)

ويمكن أن تستعمل المصالح الصحية عدة وسائل لإيصال الرسالة الصحية إلى الناس بإلصاق صور مجسمة في الشوارع في المقاهي...الخ، حيث توضح هذه الصور المخاطر الصحية وكيفية الوقاية منها. فالملصقات والإعلانات الصحية قد تستعملها المصالح الصحية لإيصال الرسالة الصحية إلى الناس جميعا والمريض خاصة، بإلصاق صور مجسدة توضح إخطار المرض وكيفية الوقاية منه...الخ. إلى جانب

(1) نفس المرجع، ص 32.

(2) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص 144.

(3) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 32.

(4) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 188.

الإعلانات الصحية، حيث "تلعب دورا هاما إذا كانت هذه الصور معبرة عن المعنى المنشود". [1] لكن هذه الوسيلة تتطلب أن يكون الفرد ملما بالقراءة والكتابة حتى يتمكن من معرفة معنى هذه الملتصقات. و"تشتمل على فكرة واحدة وتعلق في أماكن بارزة وواضحة هدفها تعليم المواطنين أسس الممارسة الصحية السليمة". [2]

أما إستعمال السمات فيكون للشرح المباشر في معظم الحالات، وتكون هذه بالوسائل معززة بالوسائل الأخرى، كالمحاضرات والصور والرسومات، وهي محدودة في إستعمالاتا. وأخيرا إستعمال المعارض الصحية التي قد تلجأ وزارة الصحة أو الهيئات المختصة بالصحة إلى إجراء وتنظيم معارض صحية خاصة بالمناسبات الصحية لتوصيل الرسالة للجمهور، حيث بواسطة هذه الوسيلة يتعرف الناس عن أهم النشاطات الصحية التي تقوم با البلاد. فهذه المعارض توفر للناس الكثير من المعلومات التي قد تنفعهم في حياتم وحتى عن حقيقة الخدمات المتوفرة، وتكون فائدتا مختصرة على زوارها بالطبع. [3] وتشمل هذه المعارض مجسمات، رسومات، لوحات، أدوات ونماذج تتعلق بقضايا الصحة. [4]

المطلب الثالث: دور الطبيب في نشر التربية الصحية:

إن التثقيف الصحي أو التربية الصحية هي "عملية تعليم التمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية (...) عملية تغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الناس فيما يتعلق بصحتهم (...) تزويد أفراد التمع بالخبرات اللازمة بدف التأثير في معلوماتم وإتجاهاتم وممارساتم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا حميدا (...) ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والتمع وذلك بإستعمال الأساليب التربوية الحديثة". [5] وعليه يمكن القول بأن التربية الصحية تدف بالدرجة الأولى إلى تطوير صحة الفرد وإحداث تنمية صحية لديه وللمجتمع. فهي تسعى إلى تثقيف السكان صحيا وزيادة وعيهم الصحي حول مختلف المشاكل الصحية وأهميتها بالنسبة لنمط الحياة. وهذا يفرض تعديل الممارسات إلى ممارسات صحية لحماية الصحة ومعرفة مختلف إمكانيات الكشف وكيفية إستخدامها بطريقة واعية. إضافة على ذلك مدى تقييم الأعراض المرضية والخضوع للكشف المبكر لتفادي مضاعفات المرض. [6]

وعليه فإن التربية الصحية مهمة جدا في حياة الفرد والجماعة، حيث أصبح مفهومها في وقتنا الحاضر بمثابة "الطريقة التي با يتعلم الخواص تحسين سلوكهم وممارساتم فيما يخص النظافة والصحة والعمل على

(1) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص 146.

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 184.

(3) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص 146.

(4) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 184.

(5) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص445.

(6) J.Gassier, C.Morel-Haziza, Op cit, P37.

تحسين الظروف الصحية لكل من محيطهم بما فيه الجوار القريب، الجماعة والتمع وهذا في إطار مسؤولية شاملة موحدة".[1] فهذه العملية هي مسؤولية جميع العاملين في النسق الطبي وحتى في هيئات أخرى، حيث أن مهمة المثقف الصحي هي إرسال الرسالة الصحية إلى أفراد التمع، الأصحاء والمرضى، فهو حلقة الإتصال بين المؤسسات الصحية والوحدات التثقيفية الأخرى. وفي هذا الصدد يعتبر الطبيب من أهم الفاعلين الإجتماعيين في تثقيف المريض صحيا وزيادة وعيه الصحي، خاصة في حالة الأمراض المزمنة التي تتطلب ثقافة صحية لمسايرة المرض، حيث أنه يقوم بذه العملية من خلال دوره الإجتماعي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة سواء كان يتقن هذا العمل أو لا يتقنه. فدوره الإجتماعي يتضمن جانبين هامين هما الجانب الطبي تشخيص المرض والعلاج والجانب الإجتماعي المكمل للجانب الأول وهو تثقيف المريض صحيا. فهذا الدور يتضمن مجموعة من الواجبات، الإلتزامات، قيم، معايير وأخلاقيات المهنة تفرض عليه القيام بواجبه كما يجب، حيث أن هذه القيم تتماشى مع توقعات السلوك المنتظر. فعملية تنمية الوعي الصحي للمريض وتثقيفه هي عملية من واجب الطبيب القيام با، ومن حق المريض الإستفادة منها، ويكون التعاون بين الطرفين، بإعتبارهما فاعلين إجتماعيين في هذه العملية، فكل من دور الطبيب ودور المريض متكاملين في إنجاح هذه العملية.

فللوعي الصحي أهمية كبرى في حياة الشخص والجماعة المنتمي إليها، فمن مقومات التمع هو أنه يتكون من أفراد يتمتعون بالصحة، حيث أن الوعي الصحي يلعب دورا مهما في الوقاية من إنتشار الأمراض، ويؤدي إلى حماية الأفراد صحيا من جميع جوانب الصحة التي أقرتا المنظمة العالمية للصحة OMS، التمتع بصحة جسمية، عقلية وإجتماعية. ولهذا فإن "تمتع الفرد بالصحة الجيدة يجعله أقدر على الإنتاج، وتؤدي وفرة الإنتاج إلى الرخاء الإقتصادي والرفاهية الإجتماعية. ومن هذا المنطلق فإن ما ينفق على برامج التوعية الصحية يعتبر من قبيل الإستثمار الجيد".[2]

إن عملية التثقيف الصحي لدى المرضى تشمل تعليمهم أصول المرض، أهم أعراضه، كيفية تجنب مضاعفاته، أهم الإجراءات الواجب إتخاذها والنظام الغذائي الواجب إتباعه لتجنب مضاعفات المرض وكيفية التعايش مع الحياة الجديدة خاصة في حالة الأمراض المزمنة. فمثلا عند إكتشاف الطبيب داء السكري عند مريض معين، فإن أول أمر يقوم به هو تعليم المريض وأسرته في بعض الحالات ماهية المرض، أعراضه، ومضاعفاته في حالة عدم تنفيذ النصائح، وأهم التدابير الواجب إتباعها في نظام الحياة الجديدة، بتغيير بعض السلوكات المعتاد عليها وتعويضها بسلوكات وسارسات صحية تساعد المريض على إستمرار حياته اليومية. فالطبيب يسعى إلى نصح المريض بإتباع الريجيم، الإبتعاد عن السكريات، تجنب الغضب

(1) Guy loison et Lynford L.Keyes, L'éducation sanitaire dans le pacifique sud, Commission du pacifique sud, Noumea, Nouvelle caledonie, 1956, P1.

(2) عبد الرحمان عيسوي، مرجع سابق، ص ص 144-145.

والمشاكل النفسية، التمتع بالراحة، المشي إن أمكن، المحافظة على الصحة الجسمية، تجنب لبس الأحذية الضيقة، إستشارة الطبيب في حالة ظهور أعراض مرضية خاصة الزكام وغير ذلك، قياس نسبة السكر في الدم وتكييف الحالة مع الدواء في حالة إرتفاع نسبة السكر في الدم زيادة نسبة الأنسولين من الدواء. فهو يلقن المريض كيفية إستعماله للأدوية كي لا يقع المريض في الخطأ خاصة إذا كان المرض متعلق بداء السكري، ضغط الدم والقلب وهي الأمراض الحساسة. فهذه العملية مهمة جدا في الحياة الجديدة للمصاب بالمرض. فإذا إتبع هذا الأخير تعليمات الطبيب، فإنه يحافظ على حياته الطبيعية ويضمن نوع من الإستقرار لكي لا يحدث خلل في النسق الطبي. ولهذا فإن إنعدام الوعي الصحي لدى المريض من أهم المعوقات الوظيفية التي تؤدي إلى عدم إستقرار النسق الطبي وهي معوقات التكيف. وفي هذا الصدد فإن الطبيب يواجه عدة صعوبات أثناء قيامه بالدور الإجتماعي بإعتبار أن الوضع الإجتماعي، الإقتصادي، المستوى التعليمي للمريض و العادات والتقاليد كلها عوامل تقف كعائق أمام هذه العملية، "فالمريض إنسان وهذا الإنسان ينتمي إلى جماعة وهو أيضا عضو في التمع يؤمن بتقاليده ويتطبع بطباعه، أنه ناقل للتراث الإجتماعي وأن له عادات وممارسات وأنماط من السلوك ذات صلة مباشرة بصحته، أن الطبيب الذي ينظر إلى المريض على أنه حالة مرضية لا يمكنه أن يفهم المريض وقد يتعذر عليه أن يساعده وأن تدخل الطبيب لمعالجة المريض هو تدخل فني مصحوبا بفرض التدخل التثقيفي أيضا".[1] بمعنى آخر تعليم المريض وأسرته أصول المرض وكيفية الوقاية من مضاعفاته وأهم التدابير الواجب إتخاذها في حياته اليومية. ومن هنا بعض الدراسات أثبتت أن الطبيب تواجهه عدة مشاكل أثناء قيامه بدوره الإجتماعي خاصة في المال التثقيفي. ومن أهم هذه الدراسات دراسة نادية محمد السيد عمر التي عنوانا دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.*

وكخلاصة لما قيل سابقا يمكن القول بأن دور الطبيب من الأدوار الهامة التي لقيت إهتمام علماء الإجتماعي، بإعتبارها مسألة مهمة جدا في عملية تثقيف المريض صحيا، ولكن الطبيب تعيقه عدة معوقات وظيفية أثناء قيامه بدوره في هذه العملية. وما يمكن إبرازه في هذا الصدد هو أن يتميز الطبيب بالعبارة الهدفية والتي يقصد با "حسب رأي ميجر (1962) بأنا عبارة توضح رغبة في تغيير متوقع في سلوك المتعلم وهذه العبارة تعبر عن مزايا يمكن ملاحظتها وقياسها".[2] ويعني ذلك أن تكون للطبيب رغبة في تغيير متوقع، حيث أنه يرغب في إحداث التغيير عند مريضه، ويتوقع ظهور التغيير بعد إنتهاء المرض بالنسب للمرض القابل للشفاء أو المرض المزمن فإن التغيير يظهر من خلال الحالة الطبيعية للصحة. كما يفترض أن يظهر سلوك المتعلم والذي يمكن قياسه وملاحظته، وهو محدد بالتغير النوعي والكمي والناتج عن سلوك

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص204.

* أنظر إلى مضمون الدراسة في الفصل الأول، عنصر الدراسات السابقة وبالضبط دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.

(2) جمال مثقال القاسم، مرجع سابق، ص 32.

الطبيب الذي يقدم النصح والإرشاد. فالطبيب يمكن أن يلاحظ سلوك مريضه ويقيسه، وهذا بفضل النتائج المتحصل عليها خلال مرحلة الكشف الطبي.

وقد يلجأ المختصين في المال الطبي إلى الإتصال المباشر، الذي يكون "بإستخدام أسلوب المقابلة سواء كانت فردية أو جماعية بين المثقف الصحي وبين من يقدم لهم التوعية الصحية".[1] وفي هذا المال نجد كل من طريقة المواجهة التي تجمع بين المعلم والمتعلم في صورة المواجهة. وتشمل هذه الطريقة المحادثة الشخصية التي هي مقابلة ومواجهة عن طريق المحادثة الشخصية والحوار يتم بين الطبيب والمريض أو بين الممرض (ة) والأم أو بين الأخصائي الإجتماعي أو المساعد الصحي أو المدرس والتلميذ، أي يتم بين المعلم (الذي يقوم بالإرشاد والتوجيه) والمتعلم الذي يطلب بالإيضاح والنصائح. وبعبارة أخرى المحادثة الشخصية هي مقابلة فردية، حيث يلتقي المثقف الصحي بشخص آخر وجها لوجه ويقدم له المعلومات، الأسس الصحية وطرق الوقاية. وقد تتضمن هذه الطريقة الحوار والنقاش وطرح الأسئلة. أما النوع الثاني من أنواع طريقة المواجهة، نجد الفصول الصحية أو المقابلات الجماعية التي تنظم من طرف المختصين في المال الصحي، حيث يتم تنظيم وإلقاء دروس وفصول صحية عن موضوعات محددة صحية لموعة من المتعلمين سواء مرضى أو غير مرضى. مثلا إلقاء فصل للأمهات عن كيفية رعاية أطفالهن، أهم التغذية وكيفية الوقاية من الأمراض. وفصل لمرضى الأمراض المزمنة منها داء السكري، ضغط الدم والقلب كيفية العلاج والوقاية من مضاعفات المرض. وبعبارة أخرى فإن المقابلة الجماعية هي أن يلتقي المثقف الصحي مع مجموعة من الناس ويقدم لهم المعلومات، الأسس الصحية وطرق الوقاية عن طريق المحاضرات والندوات والمناقشة.[2] وفي هذا الصدد "يكون لهذه الفصول فاعلية يشترط أن تأخذ بأسلوب المناقشات وإتخاذ القرارات الجماعية ويستعمل فيها أيضا وسائل الإيضاح لجذب الإنتباه ولشرح بعض جوانب الموضوع".[3] وبفضل هذه الطريقة قد يعبر الناس عن آرائهم، أفكارهم وتساؤلاتم عما هو غامض بالنسبة لهم. وهذا يؤدي إلى أن تكون المناقشة أكثر وضوحا.[4] وفي هذا السياق، "تأخذ هذه الفصول بأسلوب المناقشة وإتخاذ القرارات الجماعية، ويستعمل فيها وسائل الإيضاح، كما يمكن عقد حلقات لمناقشة ومحاضرات ولجان صحية ومؤتمرات. وتقدم المناقشات فائدة كبيرة للتربية الصحية، فعن طريقها يعبر الناس عن آرائهم ويسألوا عما هو غامض ومبهم مما يؤدي إلى أن تكون موضوعات المناقشة أكثر وضوحا".[5]

وأخيرا نجد الإجتماعـات، التي يتـم فيها إلقاء حلـقات للمناقشـة، اللجان الصحية، النـدوات

(1) مصطفى القمش،خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص183.

(2) نفس المرجع، ص 183.

(3) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص ص 450-451.

(4) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، مرجع سابق، ص272.

(5) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 72.

والمؤتمرات وحتى الملتقيات الصحية.

وتمتاز طرق المواجهة بأنا الطريقة التي تعطي فرصة مع المشاركة الإيجابية من جانب المتعلمين، وكذلك زيادة التوافق مع الحاجات الشخصية للمتعلمين. بالإضافة على ذلك تكييف الطريقة وفقا للظروف الموجودة. كما أن هذه الوسيلة تمتاز بوضوح التجاوب والإنفعال من جانب للتعلم للمتعلم.

وأخيرا نجد المرونة التي تتصف با طريقة المواجهة، فقد يحتاج الأمر لتغيير الموضوع أو الأسلوب إذا لم يظهر تجاوب من جانب المتعلمين. (1)

وخلاصة القول هي أن "الإتصال المباشر بنوعيه الفردي والجماعي ذو تأثير قوي إذا نظم بالشكل الصحيح وتم الإعداد المناسب له من حيث المكان والوقت والأشخاص المستفيدين ويعتمد على شخصية من يقدم المعلومات وأسلوبه ومهاراته ومستوى تدريبه". (2)

وفي نفس السياق، فإن هناك طريقة أخرى وهي طريقة تنظيم التمع المشروعات، حيث تعد هذه الطريقة بأنا "إحدى طرق الخدمة الإجتماعية التي إقتيست للتطبيق في مجال التربية الصحية". (3) ومعنى أدق أن تنظيم التمع للتربية الصحية هي عملية تدف إلى النهوض بالتمع ورعايته رعاية صحية ومساعدته من أجل التعرف على حاجاته ومتطلباته وموارده الصحية وحشد هذه الموارد لإشباع هذه الحاجات والمشاكل الصحية مع تنسيق البرنامج والخدمات الصحية القائمة في التمع في نفس الإتجاه. (4)

إن أسس طريقة تنظيم التمع في التثقيف الصحي تتمثل في تحديد الحاجات والمشاكل الصحية للمجتمع، ووضع أولويات وأسبقيات لها. كما أنا تسعى هذه الوسيلة إلى إيجاد الموارد والإمكانيات في التمع وخارجه اللازمة لحل هذه المشاكل. وأخيرا قيام بالهودات والإتجاهات التعاونية في التمع للعمل على إيجاد حلول للمعظلات الصحية.(5)

والنوع الثالث من أنواع الإتصال المباشر، نجد وسائل الإيضاح السمعية والبصرية التي يعتمد عليها لتنمية الوعي الصحي لدى الشخص، وهي جزءا مكملا ومساعدا للدرس الصحي، وليس عوضا عنه. وتعتمد هذه الوسائل أساسا على الحواس، بحيث أن التعليم يكون منبثق عن خبرات حسية وهو أنجع وسائل التعليم. (6)

وفي هذا المضمار يمكن القول أن هذه الطريقة ليست طرق من طرق التثقيف الصحي الرئيسية، بل هي عوامل مساعدة لهذه الطرق، وذلك بدف توضيح الرسالة التعليمية التي يسعى إليها التعليم. وعليه فإن

---

(1) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص 451.

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 183.

(3) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص 451.

(4) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، مرجع سابق، ص272.

(5) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص ص 451-452.

(6) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 33.

إستخدام وسائل الإيضاح في طريقة المواجهة وفي وسائل الإعلام وفي تنظيم التمع هي من أهم وسائل الإيضاح المتمثلة في الصور والنماذج السمة.[1] ومن فوائد هذه الوسائل أنا تساعد على الإيضاح وسهولة الفهم، وعلى إثارة وإهتمام التلاميذ وجذب إنتباههم، إذ أنا تقدم المعلومات بطريقة مشوقة، تيسر الفرص للتنويع المستحب، تبعد الملل، تجعل المعلومات تلتصق بطريقة وثيقة بأذهان التلاميذ، تبعث فيهم حماسا يدفعهم إلى القيام بأعمال إيجابية صحية وتكوّن فيهم إتجاهات وأذواق سليمة ومهارات خاصة يكتسبونا. ويستحسن عند إختيار هذه الوسائل أن تكون مناسبة لأهداف الدرس، عقلية التلاميذ وإدراكهم، ومتماشية مع خصائص البيئة المحيطة بالتلميذ وطبيعة التمع الذي يعيش فيه، وأن تراعى الدقة فيما تحتويه من حقائق. [2]

المطلب الرابع: أهمية وسائل الإعلام في نشر التربية الصحية:

إن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض ولكنها هي الحالة التي يتمتع با الفرد بصحة من الناحية البدنية، النفسية والإجتماعية. وعليه فإن "بلوغ الصحة العامة نفسيا وجسميا مع النفس والتمع يتطلب تعاون الجميع مع القائمين بتوفير الرعاية الصحية، حيث أن وسائل الإعلام والتكنولوجيا تعتبر وحدها غير كافية لبلوغ أهداف التوعية والتثقيف الصحي ويمكن للمثقف الصحي الإتصال بالأهالي عن طريق مباشر أو غير مباشر".[3]

ولتحقيق الأهداف والمساعي التي تسعى إليها التربية الصحية، فإن تقييم نتائج نجاح برامجها بالنسبة لمدى فهم الناس لها وإدراكهم لأهدافها وطرق تنفيذها وحاجاتم الماسة إليها، يرجع أساسا إلى الطريقة المثلى للتثقيف الصحي التي تعتمد على إثارة حماس الناس للشروع في الإقبال عليه والمطالبة به والتحمس للحصول على نتائج جيدة. وذلك عن طريق تطبيق قواعده على حياتم اليومية تطبيقا يعود على بيئتهم بالمصلحة والفائدة. [4]

وفي هذا الإطار، فإن المثقف الصحي تقابله عدة صعوبات، أهمها إيجاد الوسيلة التي يوصل با أفكاره ومبادئه إلى صميم قلوب الناس وإيمانم، حيث أن "وسائل التثقيف الصحي تختلف في كل بلد من العالم، حسب إمكانياته العلمية وطرق معيشته الخاصة به".[5] وبصفة عامة، تعتبر وسائل الإعلام من الوسائل غير المباشرة لتوصيل الرسالة الصحية للأفراد، حيث أن هذا الأسلوب يتم "بإستخدام وسائل توصل آراء المثقف الصحي إلى الناس مثل وسائل الإعلام (المذياع)، التلفاز، الصحف، الملصقات، الصور، الأفلام السينمائية

(1) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص 452.

(2) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 33.

(3) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 183.

(4) أحمد حلمي شاهين، محمد كمال عبد الرزاق وآخرون، مرجع سابق، ص ص 137-138.

(5) عبد الحسين بيرم، الأمراض المعدية، منشورات دار مكتبة الحياة، بيروت، 1967، ص 32.

الثابتة والمتحركة، المعارض...الخ ".[1] إذ أن هذه الوسيلة توصل المعلومات الصحية لعدد كبير من أفراد المتمع في أقل وقت ممكن وبأقل تكلفة. فهي تسعى إلى "توصيل المعلومات والخبرات إلى مجموعة الناس. وتمتاز بمساعدة المثقف الصحي على الإتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد".[2] وفي هذا الصدد، يعتبر التلفزيون من أحسن وأفضل الوسائل، حيث يلعب دورا هاما في التثقيف الصحي "إذ أن المعلومات تصل إلى الفرد في جميع الحالات ولا تحتاج إلى الأماكن الخاصة وغير ذلك من المتطلبات التي نريدها في الوسائل الأخرى".[3] وتصبح مجدية فعلا إذا استعملت على الوجه الصحيح. فهي من أفضل وسائل التثقيف الصحي "لإستخدام غالبية الناس لها مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة والوضوح في الصورة بالإضافة إلى الوقت المناسب لبثها".[4] وفي الجزائر لقد إحتلت هذه الوسيلة مكانة مرموقة في مجال التربية الصحية من خلال الحصص الطبية أشهرها حصة إرشادات طبية التي تبث كل ظهيرة جمعة. ففي كل حصة يتم التطرق إلى مرض شائع في المتمع، وذلك بإستضافة أطباء مختصين يحاولون الإجابة على كل تساؤلات المواطنين. فهذه الحصة تحاول رفع الوعي الصحي لدى المرضى. مثلا تم التطرق إلى الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، وقد قدمت شروحات ونصائح طبية يفترض على المريض التقيد با في حياته اليومية. إلى جانب حصة إرشادات طبية، فإن التلفزيون الجزائري يبث أشرطة طبية وصحية في مواضيع مختلفة إلا أنا قليلة جدا مقارنة بتلفزيونات الدول الأخرى. وعليه فإن "إظهار التثقيف عن طريق التصوير السينمائي له تأثير مباشر على الناس"[5]، خاصة إذا إستخدمت مصطلحات تتماشى مع مفاهيم أفراد المتمع دون أي تعارض، ولكن هذه الطريقة تتطلب تكاليف مرتفعة. وتوجد أفلام ثابتة وهي صور وشرائح سينمائية ثابتة متسلسلة في عرضها. أما الأفلام السينمائية المتحركة فهي من أنجع وسائل الإتصال بالمواطنين، خاصة منها المتنقلة وهذا يرجع لما تتضمنه من عناصر جذابة، حيث يفضل أن يكون الفيلم ملائما لبيئة الأفراد وواقعهم وأيضا المثقف الصحي يقوم بالتعقيب والشرح على كل المشاهدات.[6]

إن الصحف هي وسيلة من وسائل نشر التربية الصحية، إلا أنا موجهة بالدرجة الأولى لفئة المتعلمين فقط، حيث أن "الكلمة المكتوبة يكون لها التأثير الكبير إذا كان أغلب الناس يجيدون القراءة والكتابة، وذلك لأن الكلمة المكتوبة يستطيع أن يرجع إليها الإنسان وعامل النسيان لا يكون عاملا هاما في أن ينسى تلك المعلومات إذا كان الفرد يقصد التعلم حقا". [7] وبالرغم من أهمية هذه الوسيلة في تثقيف الفرد

---

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 184.

(2) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص 449.

(3) محمد رشاد عامر،مرجع سابق، ص ص 145-146.

(4) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 184.

(5) محمد رشاد عامر، نفس المرجع، ص 146.

(6) مصطفى القمش،خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص 184.

(7) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص ص 146-147.

صحيا، إلا أن لها عدة عيوب، حيث أنا "عملية في إتجاه واحد (...) توصل المعلومات للمتعلم ولكنها لا تشركه مشاركة إيجابية في التخطيط والعمل"[1]. وهذا الأمر قد يخلق في نفسية الفرد عدم الشعور بالراحة ويحس أن الأفكار والمعلومات القادمة من الآخرين "المثقف الصحي" أنا غريبة عن أفكاره، وأن هذا السلوك الصحي مفروض عليه بالإلزام والقوة. إضافة على ذلك، فهذه الوسيلة لا تخدم جميع أفراد التمع لأن نسبة كبيرة منهم أميون، لا يعرفون القراءة والكتابة، لا يمكنهم قراءة الصحف وبالتالي لا يتلقون معلومات صحية. وبالرغم من ذلك، إلا أن هذه الوسيلة لها أهميتها في تنمية الوعي الصحي لدى الفرد بصفة عامة والمريض بصفة خاصة، حيث أن الصحف الجزائرية في بعض الحالات تخصص من صفحاتا مكان للمواضيع الطبية والصحية المختلفة وحتى ركن من أركان الأسئلة الموجهة للقراء مثل الخبر والشروق خاصة. وغالبا ما يستفيد المتصفحين لهذه الجرائد من المعلومات الصحية التي تخدم بالدرجة الأولى المتعلم وليس الأمي، وهذا هو العيب في هذه الوسائل.

وفي هذا المنوال، فإن فاعلية وسائل الإعلام في التثقيف الصحي تتوقف على المستوى التعليمي لأفراد التمع، المستوى الإقتصادي، كيفية وأسلوب عرض الرسالة الصحية سواء في الصحف، التلفاز والمذياع من خلال إستخدام أساليب التشويق، مدى إستعداد المستقبل للرسالة لتلقيها مضمونا وعلاقتها بإهتماماته وأيضا المستوى الثقافي للأشخاص.[2] ويمكن القول أنه توجد عدة عراقيل تعيق فاعلية وسائل الإعلام في التثقيف الصحي، حيث أنه في بعض الحالات هذه الوسيلة لا تصل للجمهور "إما لأسباب فنية أو إقتصادية" [3]، مهما كان نوعها إما لعدم قدرة نسبة كبيرة من أفراد التمع القراءة، وبالتالي لا يمكن لهذه الفئة الإستفادة منها. إضافة على ذلك، فإن عدم جذب إنتباه الجمهور، يقلل من فعالية هذه الطريقة. وفي هذا الصدد فإن القراء يلجئون إلى قراءة الجرائد بكل ما تحتويه، وتمر عليه الرسالة الصحية دون أن تجذب إنتباهه. وهذا ما يعيق التوعية الصحية. وحتى أن إنعدام الرغبة لدى المتعلم للإستماع للمحاضرات الصحية قد يكون ذلك عائقا في هذا ال. فالشخص يفضل الإستماع إلى الموسيقى، الأغاني ولا يحبذ المحاضرات الصحية. وآخر عامل هو العامل الوسيط الذي يبين أنه عند قراءة الصحف في وسط أمي، نجد أن أحد المتعلمين من بينهم يقرأ الصحيفة أو ال والفريق الآخر ينصت إليه ويقوم هو بشرح ما يوجد في الجريدة كما يفهمها، وفي هذا المضمار قد يحرف منها كثيرا. إضافة على وسائل الإتصال السابقة، فلقد برزت وسيلة عصرية جديدة في مجال التثقيف الصحي تتمثل في الأنترنيت، حيث يلجأ إليها الفرد المتعلم للإجابة على تساؤلاته في ال الطبي وأيضا لكسب معرفة صحية.

(1) سرور أسعد منصور، مرجع سابق، ص 32.

(2) سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص ص 211-212.

(3) فوزي علي جاد الله، مرجع سابق، ص 450.

المبحث الثالث: العوامل المؤثرة في إكتساب المريض للثقافـة الصحية في الجزائر.

التربية الصحية هي العملية التعليمية التي يحاول فيها الناس تبني قوانين السلوك الصحي في التمع وإحترامها والإلتزام با. فهي إذا هي الوسيلة التي يتم من خلالها تحسين الوضع الصحي في التمع وتغيير السلوكات الصحية، حيث يتم تعليم الأفراد أصول الصحة وتزويدهم بالمعلومات الكافية للتأثير في إتجاهاتم تأثيرا إيجابيا من الأسوأ إلى الأفضل. فهذه العملية هي ترجمة المفاهيم الصحية إلى أنماط سلوكية بإستخدام أساليب تربوية. فالهدف الرئيسي هو تحقيق الصحية البدنية، العقلية، النفسية والإجتماعية للأشخاص، تكوين الوعي الصحي والإدراك بالمخاطر الصحية وتغيير إتجاهات، قيم ومفاهيم الأشخاص قصد تحقيق التوازن الصحي ومحاولة تكييف الحياة الجديدة مع نوعية الممارسات الصحية التي يفرضها المختصين. فهذا المنهج التربوي ليست غايته فقط توزيع المعلومات الصحية بين المواطنين، وإنما أيضا محاولة تطوير وتغيير سلوكاتم. وفي هذا ال تلعب كل من المدرسة، وسائل الإعلام، الأسرة والأطباء أدوارا هامة في نشر التثقيف الصحي الذي يستمر مع إستمرار الحياة. وهو أحد العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية.

إن نشر التثقيف الصحي بين أوساط الأصحاء والمرضى ضرورة تحتاج إلى تكثيف الجهود بين مختلف الفاعلين في مجال الصحة، حيث أنه يرتكز على إرشاد المصاب، توضيح له حقيقة المرض وما ينفعه ويضره، وأهم التعليمات التي يفترض إتباعها لنجاح العلاج والحد من تطور المرض. بالإضافة إلى ذلك، نشر العادات الصحية بين المرضى بتعويدهم على ممارسة عادات صحية.

وعليه يكتسب الفرد من خلال هذا المنهج الثقافة الصحية التي هي في الحقيقة تشمل ثلاثة مفاهيم أساسية وهي توفر المعرفة الصحية، الإرادة والقدرة على تغيير الإتجاهات والأفكار المرتبطة بالصحة وأخيرا مدى تغيير العادات والسلوكات غير الصحية إلى نمط صحي يتماشى مع متطلبات المعيشة. فغياب أوإنعدام الثقافة الصحية لدى الكثير من أفراد التمع ينعكس سلبا على نوعية الممارسات الصحية التي توضح مدى إتباع سلوك حياتي لا تراعى فيه القواعد الصحية، وذلك نتيجة الإهمال واللامبالاة من جهة. وإنتشار الجهل والأمية وإنخفاض المستوى المعيشي من جهة ثانية. إذ توجد عدة عوامل تعيق المريض على إكتساب المعرفة الصحية وتغيير نمط حياته.

المطلب الأول: مفهوم الثقافة الصحية:

إن الطب عادة ما يفهم على أنه نظام إجتماعي ذو جانب ثقافي متكامل، أما الثقافة كما هي معروفة في علم الإجتماع والأنثروبولوجيا تعني الطريقة الكلية لحياة الأفراد أو هي التراث الاجتماعي الذي يتناقله ويتوارثه الأشخاص من جيل إلى جيل. كما أنه " لا شك في أهمية الثقافة كمحدد لنمط سلوك المرض، وكيفية التصرف حياله علاجه وحتى أسلوب الشكوى منه ".[1] ونتيجة لذلك قد يكتسب الفرد معرفة صحية حول الأمراض ويستغلها في حياته اليومية. ولهذا تعتبر الثقافة الصحية التي يتمتع با المصابين من أهم المقومات الأساسية للوقاية وتجنب العديد من المشاكل الصحية. إذ أن محافظة المصاب على صحته وتجنبه لمضاعفات المرض هي بين يديه، وهو المسؤول الوحيد عنها قبل أي شخص آخر. وترتكز هذه الثقافة على المعرفة الطبية، قوة العزيمة والإدارة لدى المريض في إستيعاب، إكتشاف أعراض المرض ومضاعفاته في بوادرها الأولى وأخيرا القدرة على تغيير الممارسات غير الصحية.

بالإضافة على ذلك فإن قوة إرادة المصاب في تنفيذ الإرشادات الغذائية والطبية تدخل ضمن الوعي الوقائي الذي يتمتع به. فرعاية الطبيب له لا تكفي بل لا بد من الإعتماد على رعاية نفسه بنفسه، حيث أنه مهما كانت الأعراض المرضية بسيطة وخفيفة فلا يجب إهمالها خاصة عند المصابين بالأمراض المزمنة، لأنا ممكن أن تتضاعف بسبب إهمال المصاب لنفسه، وبالتالي يصعب إلتئامها وعلاجها. وفي المقابل يستطيع المريض بإصابة شديدة الخطورة أن يتحكم فيها ويتجنب كثير من المضاعفات وتتحسن حالته الصحية بفضل إتباع التعليمات والنصائح الصحية التي تحقق له المحافظة على صحته وإستقرار حالته المرضية. لذا يجب على المصاب أن لا يكتفي بالعلاج الذاتي دون الإستعانة بخبرة طبية، لأن منهاج المعالجة الصحيحة يختلف بإختلاف الحالات وخصائص كل حالة منها. فالإختبارات الشخصية والتجارب السابقة للمريض تعرضه إلى إرتكاب أخطاء قد يصعب تلافي أضرارها. لذلك فلا بد أن يعلم بأن السيطرة على مرضه وتمتعه بالصحة في المقام الأول من مسؤولياته الإجتماعية.

إن دور الطبيب يكمن في توضيح القواعد الأساسية للمحافظة على الصحة، بشرح له كيفية تجنب مضاعفات المرض مع توضيح له بدأ الأعراض الرئيسية. ويؤكد عليه بإتباع نظام الغذاء والدواء. فبعد ذلك تأتي مسؤولية المصاب في تنفيذ هذه الإرشادات والنصائح التي تضمن له حياة سعيدة هادئة. فمن الضروري أن نعطي للمريض قسطا من المعلومات عن مرضه خاصة تكثيف الجهود لدى المسنين، حيث أن المعلومات عند هذه الفئة ناقصة لأسباب عديدة، كالإنعزال الإجتماعي، صعوبة التذكر ورفض تغيير العادات مع ظهور أعراض النرفزة.[2] فالطبيب لا يكفي وحده لتوزيع ونشر الوعي الصحي بين المرضى بل توجد وسائل أخرى في هذا الغرض، أهمها وسائل الإعلام بما فيها التلفاز، المذياع الجرائد الصحف، حيث

(1) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص 302.

(2) T. Constans, F. Duchemin, Op.cit, P20.

تعتبر"الوسائل المستخدمة لتوصيل المعلومات والخبرات إلى مجموعة الناس وتمتاز بمساعدة المثقف على الإتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد".[1]

ونجد في هذا المضمار الإعلانات الصحية والأفلام السينمائية والمعارض الصحية. والعيب في هذه الوسائل أنا لا تخدم جميع أفراد المتمع، حيث أن الفئة غير المثقفة والأمية تعاني من مشكلة الفهم والإستيعاب، ولهذا فإن دور هذه الوسائل يكون غير مكمل، لأن غرضه هو تزويد الفرد والمريض بالمعلومات الصحية ومساعدته على الإستفادة منها وتطبيقها في واقع حياته وتحويلها إلى أنماط مستحبة من السلوك الصحي القويم، بحيث تصبح جزء من حياته و نظام معيشته .

إن الوسائل السمعية البصرية مهمة جدا في تزويد المصاب بداء السكري، الضغط الدموي والقلب بالمعلومات الطبية والإرشادات الواجب إتباعها للوقاية من الأمراض التي لا تحمد عقباها، وبالتالي فإن دور هذه الوسيلة يتمثل في تطبيع الفرد بالعادات الصحية الجيدة وتغيير سلوكاته غير الصحية في المال الصحي. ففي هذا الصدد يكاد أن يكون دور هذه الوسائل غير فعال في تزويد الفرد بالمعلومات الطبية، حيث يعتمد مثلا مريض السكر فقط و بالدرجة الأولى على المعلومات التي تقدم له من طرف الطبيب، لأنه التلفزة الجزائرية لا تقوم مثلا بإعداد برامج صحية خاصة بداء السكري أو حتى إشهار لتثقيف المريض عن كيفية الحقن بالأنسولين، عن أهم المضاعفات التي يخلفها هذا المرض وعن الأغذية الواجب الحد منها وغيرها من الإرشادات الطبية. وفي هذا المال نجد حصة وحيدة في التلفزة الجزائرية تعالج المواضيع الطبية، والتي ذكرناها سابقا* تعالج في كل حصة موضوع صحي معين بإستضافة أحد الأطباء المختصين في الموضوع. ويكون إتصال مباشر مع الجمهور، ولكن العيب في هذه الحصة أنا تستعمل الألفاظ الطبية وباللغة الفرنسية أحيانا. وكما نعلم، فإن النسبة الكبيرة من المرضى أميين، وبالتالي لا يفهمون معنى الكلام بالرغم من أن الأمر يهمهم.

وإذا نظرنا إلى الوسائل الأخرى كالجرائد والمالات، فإنا غالبا ما تعالج موضوع صحي عن الأمراض المزمنة وليس كل الجرائد. فهذه الوسائل لا توصل المعلومات إلى كل شرائح المرضى بل تكون في إتجاه واحد، تخدم الفئات المتعلمة، لأن الأمية والجهل في بلادنا يبقيان المعيقان الرئيسيان في عملية نشر التثقيف الصحي. ويمكن القول أن الجزائر لا تزال متأخرة كثيرا في مجال التربية الصحية، فهي تفتقر إلى برامج صحية صارمة، لذا فبلادنا تحتاج إلى بذل مجهودات جبارة في هذا المضمار لرفع المستوى الصحي.

وختاما لهذا العنصر، فإن مقومات التثقيف الصحي تتمثل في مدى توفر الإستعداد التام عند المريض للتعاون مع الطبيب، من أجل التحكم في المرض المزمن ومنع مضاعفاته. مثلا في حالة داء السكري الإلتزام بالنظام الغذائي وكمية الأنسولين والأقراص. ونجد كذلك في هذا الصدد أنه من واجب الفرد أن يتبع

(1) عبد الحسين بيرم، مرجع سابق، ص 32.

* حصة إرشادات طبية تبث في كل يوم جمعة بعد الظهيرة.

وينفذ كل التعليمات والإرشادات الطبية اللازمة التي يقدمها له الطبيب، كما يفترض على الشخص أن يعرف الدور الفعال للتغذية والرياضة في علاج مرضه. إضافة على ما سبق ذكره فإن المحافظة على الصحة والحرص الشديد عليها يعتبر من القواعد الأساسية للتثقيف الصحي، وذلك لتجنب الخطر .

إن سرعة وإنتظام مراجعة الطبيب بمجرد ظهور أي مشكلة صحية يساعد كثيرا على إكتشاف المرض في بوادره الأولى والشفاء منه. وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى قدرة المريض على إستيعاب وفهم التعليمات الصحية الواجب إتباعها. و على إثر ذلك يجب أن يكون المريض مكتسبا قسطا وافرا من الثقافة ليستطيع الوقوف على تطورات مرضه و مضاعفاته و أهمية الوقاية و العلاج .

وعلى ضوء ما سبق، يمكن توضيح أهم مقومات الثقافة الصحية الضرورية للمصابين بداء السكري كما يلي:

1- يجب على المصاب أن يفهم جيدا كيفية تحليل البول لمادة السكر والأسيتون، وكذلك قياس نسبة السكر في الدم في أوقات معينة على أن يسجل نتائج التحليل في بيان خاص يحتفظ به لتقديمه لطبيبه عند الإستشارة الطبية.

2- عند حاجة المصاب للأنسولين يجب عليه أو على أحد ذويه أن يتعلم كيفية الحقن، كيفية سحب الكمية اللازمة من الأنسولين وكيفية تعقيم الإبر ليتمكن المصاب من حقن نفسه بنفسه أو بوساطة أحد ذويه. كما يجب عليه معرفة مضاعفات الأنسولين عند زيادة الجرعة المحددة وكيفية الوقاية من هذه الزيادة وكيفية إسعاف نفسه بنفسه عند شعوره ببدء أعراض هذه المضاعفات. وفي هذا الصدد لا بد من "الأخذ أو العمل بالتعليمات بالنسبة للأدوية أو الأنسولين، يجب فرض وجود دفتر ضمني للعلاج، الذي يكتب فيه كيفية تناول الدواء يوميا من طرف المريض إذا كان ممكنا، أو من طرف العائلة أو الممرضة، المهم شخصا قريبا من المريض بإمكانه متابعته يوميا".[1]

3- يجب على المريض الإستمرار في العمل إذا كان يعمل أو يمارس أي نشاط، إذا لم ينصحه الطبيب إلى الراحة التامة وأن ينفذ التعليمات الخاصة بنظام تغذيته وإتباع جميع النصائح والإرشادات الطبية.

4- يفترض على المصاب أن يهتم كل الإهتمام بمواعيد وجبات الطعام وكمياته كما وصفه له الطبيب. لا سيما إذا كان في حاجة إلى إستعمال الأنسولين.

5- يجب على المصاب زيارة الطبيب بإنتظام لفحصه بين الحين والآخر، وفي المواعيد المحددة له مرفوقا بملاحظاته الشخصية عن نظام التغذية ونسبة السكر في الدم أثناء فترة إبتعاده عن الطبيب. كما يسجل ما ينتابه من أعراض ويسأل الطبيب بغرض الإستفسار عنها، ليتمكن من الإستفادة من طبيبه.

(1)T. Constans, F. Duchemin, OP cit, P 20.

6- يجب على المصاب أن يحمل معه دائما بطاقة توضيح شخصيته وعنوانه والعقاقير الموصوفة له، مع إسم طبيبه وعنوانه، لاسيما إذا كان موصوفا له الأنسولين. وذلك من أجل تسهيل عملية الإسعاف والعلاج في حالة إصابته بإغماء أو غيبوبة سكري.

7- يتوجب على المريض النظافة التامة والإعتناء بالأرجل لأنا من أهم الضروريات، لكنها صعبة التحقيق بالنسبة للأفراد المسنين نظرا لإعاقتهم الجسمانية.[1]

إن الإحتياطات اللازمة للمحافظة على صحة المصاب ترتكز على الثقافة التي يتمتع با هذا الأخير، لأن مرض السكر يتأثر تأثيرا كبيرا بالصحة العامة للمصاب به. لذا يجب العناية قدر المستطاع بالصحة العامة، وذلك بإتباع النصائح والإرشادات التالية:

1- التمتع بقسط وافر من الراحة، النوم والإبتعاد بقدر المستطاع عن الإنفعالات النفسية والتأثيرات العاطفية والأعمال الشاقة والمتبعة والإجهاد الجسمي والفكري.

2- القيام بالتمارين الرياضية الخفيفة دون إرهاق أو تعب، لأن الرياضة مفيدة للجسم كما يقول المثل "الجسم السليم في العقل السليم".

3- العناية بالأسنان وتنظيفها بعد كل وجبة من وجبات الطعام ومراجعة طبيب الأسنان عند بدء الشعور بأي ألم، لأن "الإهمال في العلاج يقود إلى الإصابة بأمراض كثيرة منها مرض البيورية الذي تختلف درجة الإصابة به تبعا لدرجة الإصابة بالسكر نفسه، فإذا كانت درجة البيورية هي الأخرى شديدة والعكس صحيح، وعموما فإن أعراض البيورية الذي يصيب الأسنان كثيرة ومنها جفاف الفم والطعم السكري وإلتهاب أطراف اللثة وتقلصات ورواسب جيرية تحت لثته وفوقها". [2]

4- الإهتمام بالجلد وإستعمال الماء الساخن (الفاتر) للإستحمام وتنظيف القدم لتجنب أي إندمال في الأصابع أو الإصابة بالإلتهابات. وبصفة عامة الإعتناء بالنظافة العامة للجسم.

5- تجنب الإمساك.

6- الإبتعاد عن مخالطة المصابين بالأمراض المعدية.

ونظرا للمشاكل التي يعاني منها مريض السكر، فإن التربية الصحية هي أنجع وسيلة لمكافحة مضاعفات داء السكري، فمن خلال تحقيق قام به الدكتور "بلحاج Belhadj سنة 2000 عن بعض المقاييس الخاصة مثلا التربية عند المصابين بداء السكري وضعت الإشارة على النشاطات المستعجلة التي توضع في إطار التكفل بالمرضى. في هذه الدراسة التي جرت على 23 ولاية وجد 26% من المرضى يطبقون المراقبة، 54 % يعرفون أهم الإحتياطات الوقائية لعلاج الأرجل و 38 % فقـط على علـم بمعرفة الأعراض والتصرف قبل

(1) أيمن الحسيني، مرجع سابق، ص19.

(2) محمد رفعت، أمراض العظام والأسنان والروماتيزم، دار المعرفة للطباعة والنشر، لبنان، ط4، 1981، ص ص 107-108.

إنخفاض نسبة السكر في الدم.[1]

المطلب الثاني: التعلـيم ودوره في إكتساب المعرفة الصحية:

إن المستوى الصحي لأي بلد يقاس بالمستوى الثقافي والنضج الإجتماعي، وذلك من خلال سرعة مراجعة المريض للطبيب وإتباع التعليمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية للمرضى وتنفيذ توصيات الطبيب العلاجية بكل دقة. وفي الجزائر وبالرغم من مجانية التعليم، إنتشار المدارس وتعليم الكبار، إلا أن نسبة الأمية لازالت مرتفعة نوعا ما مقارنة بالدول المتقدمة خاصة بين الجنس الأنثوي، حيث يؤثر هذا العامل في نشر التربية الصحية وإكتساب المعلومات الصحية. وعليه يعتبر التعليم إحدى المتغيرات السوسيولوجية الهامة التي لها تأثير مباشر على توفر الوعي الصحي لدى الفرد عامة والمريض خاصة وزيادة خبراته ومعلوماته التي يتلقاها من طبيبه. وعليه "يلعب التعليم دور هام في صحة الفرد والتمع ككل".[2] إذ أن الأساليب الصحية السليمة في الحياة لها علاقة قوية بمستوى تعليم الشخص. كما أن للتعليم أهمية في إحساس المريض بالألم والإستجابة له، "فالمرضى الأكثر تعليما يكون عندهم وعي صحي وأكثر معرفة بأعراض المرض، وبالتالي نجد أن هذه العوامل تساعده على توقع الألم، أما المرضى الأقل مستوى من التعليم يكونون أكثر قلقا وبالتالي تزداد نسبة إستجاباتم للألم ".[3]

إن المرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي والوقائي ويكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض وأعراضه وطرق تنفيذ العلاج. كما أن مستوى تعليم الفرد يؤثر في العلاقة بينه وبين الطبيب وعلى تقبله أو عدم تقبله لنظام العلاج. ومن الملاحظ أن يكون معظم الذين يتلقون مشاكل في هذا المال هم من فئة الأميين، حيث أن الأمي غالبا ما تقابله صعوبات كثيرة أثناء تحدته مع الطبيب، ليست له القدرة على توضيح حالته المرضية، لإفتقاره إلى أي خلفية عن نوع المرض وأعراضه. كما أنه غير قادر على فهم ما يقوله له الطبيب، سواء ما يتعلق بتشخيص المرض أو طرق العلاج . فهو لا يتمتع بأدنى معرفة عن طبيعة جسمه وعن النظام الغذائي الذي يلائمه، وبالتالي فإنه يوافق على كل ما يكتب أو يقوله له الطبيب، بإعتباره المسؤول الأول عن شفائه من المرض. عكس المريض ذوي المستوى التعليمي المرتفع الذي يكون على علم بما يشعر به وبما يلائمه من علاج. فهو يعترض في بعض الأحيان إذا أحس أن نظام العلاج المفروض عليه غير مناسب أو أنه سوف يسبب له مشاكل. وقد يكون ذا مقدرة على إقناع الطبيب إذا كان على حق فيما يريده. ونتيجة لذلك فإن الحوار دائما مفتوح بينه وبين طبيبه.

وفي هذا الصدد نجد أن الأميين لا يركزون كثيرا على الجوانب الوقائية ولا على الكشوف الدورية للتأكد من سلامة صحتهم، حيث "يؤكد الأطباء هذه النتيجة في توضيحهم لدور التعليم في توفر الوعي

(1) P.M.Belhadj, « Dossier Diabète », Algérie Santé, Op.cit, P16.

(2) نادية محمد السيد عمر،مرجع سابق، ص209.

(3) نفس المرجع، ص 175.

الصحي لدى المريض و بالتالي في قيام الحوار بينهما أثناء الاستشارة".[1] فالمستوى التعليمي للمريض هو الذي يحدد طريقة تعامله مع الطبيب أثناء الإستشارة. فالطبيب الذي يلاحظ أن المريض الذي أمامه مستواه التعليمي منخفض فإنه غالبا ما يشخص المرض و يصف له العلاج المناسب و يطلب منه إتباع تعليماته بدقة. بينما نجد عكس ذلك حينما يشعر الطبيب بأن المريض الذي تقدم لزيارته مستواه التعليمي مرتفع، فإنه يبني تشخيصه للمرض على أساس قول المريض و تفسيره للأعراض، كما يأخذ برأيه فيما يناسبه من أسلوب العلاج. ولقد "أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما إرتفع مستوى التعليم إرتفع المستوى الصحي وإنخفضت نسبة الإصابة بالأمراض وبالعكس فإن التمعات المتخلفة علميا هي التمعات التي يوجد با مستوى صحي منخفض وتنتشر فيها الأمراض، حيث أن هذه التمعات قاصرة على تبين أسباب الأمراض، وتنساق وراء خرافات تؤدي إلى الإعتقاد بوجود الجن والأرواح الشريرة والحسد كأسباب المرض والإعتقاد في الغيبيات، وتنفر من مكافحة الأمراض بإستعمال الوسائل الحديثة".[2] وعلية يمكن القول أن الجهل والأمية من أهم معوقات إكتساب المعرفة الصحية، وهما سببا من أسباب عدم إتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن إستعمال الدواء كميته، موعده والإنتظام في التغذية مثلا في حالة داء السكري والضغط الدموي.

المطلب الثالث: المستوى المادي والإقتصادي للأسرة وتأثيره على الممارسات الصحية:

رغم التحسن الواضح في المستوى الإقتصادي والإرتفاع النسبي في مستوى الدخل في الجزائر، إلا أنه لا يزال بعيد عن المستوى المرغوب فيه مقارنة بالدول المتقدمة، حيث أنه يحدد "بمستوى الدخل المادي الحاصل ويقاس ذلك من خلال الرواتب الشهرية أو الدخول السنوية التي يتقاضاها أفراد الأسرة".[3] وأيضا من خلال معرفة عدد الأشخاص العاملين في الأسرة وحتى مدى إمتلاكهم لوسيلة من وسائل الإنتاج كمصدر من مصادر العيش. بالمقابل لا بد من معرفة نفقات الأسرة وتوزيعها لإراداتا على عدد أعضائها. لهذا السبب فلا يكفي فقط تحديد حجم الدخل بل لا بد من معرفة عدد المستهلكين في الأسرة. وبإعتبار أن الفرد عضو في الأسرة، فإن هذه المؤسسة الإجتماعية يصيبها نوع من الانزعاج بمجرد مرض أحد أعضائها، لأن ذلك يكلفها كثيرا من المعاناة والمأساة من جرائه، ولعل أول المشاكل التي تتلقاها هي الأزمة الاقتصادية التي يسببها المرض، حيث تزداد تكاليف العلاج فوق طاقة المريض والأسرة. فإذا نظرنا إلى الظروف الإقتصادية والمادية للأسرة عموما، فإننا نجد أن هذه الأخيرة تدف أساسا إلى تحسين مستويات

(1) نفس المرجع، ص ص 209- 210.

(2) الوحيشي أحمد بيري عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 82.

(3) علي أسعد وطفة، مرجع سابق، ص 86.

معيشتها، و يتوقف ذلك على دخلها كمؤشر على مدى قدرة رب الأسرة على توفير الغذاء اللازم والعلاج لمريضه، متطلباته اليومية والرعاية الصحية. وأيضا كيفية إستغلال المعطيات المادية المتوفرة لديها أثناء عملية العلاج والوقاية من مضاعفات المرض المزمن، حيث أن الظروف المادية تؤثر على الصحة وتؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض. خاصة إذا كان المرض مفاجئا له إنعكاسات على ميزانية الأسرة ويزيد أثره في حالة عدم وجود مدخرات لديها. فإذا إتصف المرض بالإزمان فإن ميزانية الأسرة لا تتحمل تكاليف العلاج، ويؤثر ذلك على خطة الأسرة في حياتا. فتضطر إلى الخروج عن المألوف في نظام حياتا فتستدين أو تبيع ممتلكاتا. وقد يغادر المريض المستشفى قبل إتمام العلاج ليعول أسرته. فتسوء حالته نتيجة للإرهاق ونقص العلاج. وفي هذا الصدد يضع الطبيب خطة علاجية، نظاما معينا في التغذية فيصعب على الفرد تنفيذه لإرتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية. وقد يرى الطبيب أن يستريح المريض فترة طويلة قبل أن يعود إلى العمل، ولكن حاجته تدفعه إلى عدم تنفيذ هذه التعليمات، فينتكس. وفي هذا السياق أحيانا ينصح الطبيب مرضاه بتقليل عدد ساعات العمل، ولكن تنفيذ هذه النصيحة تسبب الكثير من المتاعب لصاحبها، تعني له نقص في دخله ولا يستطيع المعيشة بذا الدخل المنخفض. ففي حالة الأمراض المزمنة يشير الطبيب إلى تغيير نوع العمل ليلائم الحالة الصحية للمصاب، ولكن عدم توفر فرصة العمل وضغط الحالة الإقتصادية لا تساعد على إحداث هذا التغير.[1]

وبالرغم من المبادرات التي تقوم با الجزائر من أجل تحسين الأوضاع الإقتصادية للسكان، توفير فرص العمل وإرتفاع الدخول الفردية، فإن أحدا لا يستطيع أن يدعي بأنه قد تم القضاء على كافة مظاهر الفقر والبطالة. بل أن مظاهر الفقر أصبحت منتشرة تقريبا في أغلب المناطق. وكثير من الأسر تعاني من الحرمان وإرتفاع الأسعار، مما تسبب في عدم القدرة على تلبية متطلبات الحياة اليومية. كما أن الفقر إذا تزامن مع المرض قد يؤدي إلى أزمات كبيرة في مجال الرعاية الصحية والتقدم في العلاج. ونتيجة لهذا يمكن القول أن العوامل الإقتصادية تلعب دورا رئيسيا في تحديد أنماط المرض وحتى الممارسات الصحية التي يتبعها المريض أثناء المرض، حيث أن "الإستجابة للمرض تتحدد في ضوء الوضع الإجتماعي، إذ أن الوضع الإجتماعي يحدد سلوك المريض في محافظته على صحته وإستجابته للمرض. على حين يحدد الوضع الاقتصادي إمكانيات الإفادة من سبل العلاج في حالة المرض وتكاليف المحافظة على الصحة".[2]

لقد أصبح من البديهيات المعترف با وجود علاقة ثابتة بين الحالة الإقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما إرتفع دخل الفرد وتحسن نمطه المعيشي كلما إرتفع مستواه الصحي وإتبع نصائح الطبيب بإنتظام، وكلما إنخفض المستوى الإقتصادي لمجتمع ما وقل دخل الشخص يصاحبهما إنخفاض المستوى الصحي وإنتشار الأمراض، حيث يتبع في هذه الحالة المرضى عادات غير صحية. وغالبا ما يلجئون إلى

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، مرجع سابق، ص ص 256.
(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري،مرجع سابق، ص308.

ممارسات غير صحية لمعالجة أعراضهم المرضية. فبعض الدراسات مثلا "دراسات في أمريكا وأوروبا حول الصحة والمرض والمستوى الإقتصادي والإجتماعي للناس أثبتت أن ذوي المستوى الإقتصادي المنخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسب أقل من الذين مستواهم الإقتصادي عالي. وهذا يرجع إلى تكاليف العلاج المرتفعة، حيث أن الكثير من ذوي المستوى الإقتصادي المنخفض لا يحملون تأمينات صحية. وبذلك يترددون على الطبيب بنسب أقل".[1] ويمكن القول بأن الفقير عادة لا يستجيب للأعراض المرضية ولا يسعى للعلاج الطبي نظرا لسوء حالته المادية. لهذا السبب يضطر إلى ممارسة سلوكات وعادات غير صحية مثلا ممارسة وصفات شعبية تقليدية بدلا من اللجوء إلى اللطبيب، لأن هذا السلوك الأخير سيكلفه الكثير من المال. فالفقراء يقل تركيزهم على الجوانب الصحية حتى أنهم لا يستفيدون كثيرا من الخدمات الصحية، حيث يتأخرون في إستشارة الأطباء. كما أنهم يتميزون بعدم الإلتزام بتنفيذ توصيات الأطباء، عدم إستكمال العلاج وعدم تنفيذ فترة النقاهة نتيجة وضعهم المادي. كما يتجهون إلى الخدمات غير الرسمية وإلى ممارسة الطب الشعبي. عكس الأغنياء ذوي المستوى المادي المرتفع والمتوسط. فهم غالبا ما يتصفون بسرعة وكثرة إستشارة الأطباء وتنفيذ الإرشادات الطبية، حيث لا يلتمسون الخدمات غير الطبية.

إن دور الأسرة في الرعاية الصحية لا يتجلى فقط في تقديم المساعدة المالية، و إنما يتمثل في تعطل بعض أفرادها لمرافقة المريض لزيارة الطبيب. وكذلك مساعدته في إجتياز أزمته الصحية. و الأمر يزيد سوءا إذا كان المريض هو رب الأسرة، حيث أنه ستخلق له عن ذلك مشاكل عديدة، منها تدهور الوضعية الإقتصادية للأسرة. ومن ناحية أخرى يسبب المرض أزمة في البحث عن العلاج الناجح عند كثير من الأشخاص. فتطرق الأسرة أبوابا كثيرة لمعالجة مريضها. ففي بعض الأحيان تنجح، وفي بعض الأحيان تفشل، وفي هذه الحالة يتدخل الفرد في تحديد مصادر الخدمة الصحية. فإذا كانت الأسرة فقيرة لا تقوى على تلبية متطلباتا اليومية، بادرت باللجوء إلى المستشفيات والوحدات الصحية من أجل دقة تشخيص المرض، تحديد علاجه وإجراء الفحوصات والإستشارات الطبية في مستشفيات وعيادات عمومية خشية من المال. بينما نجد عكس تلك النتيجة، فالأسرة الغنية سرعان ما تأخذ مريضها إلى طبيب خاص بمجرد شعوره بالآلام المرضية وتقدم له كل الخدمات الصحية، لأن المال بالنسبة لها لا يشكل مشكلا عويصا. و يمكن القول أن دور الأسرة يزداد في حالة الأمراض المزمنة بالتحديد داء السكري، حيث تسهر هذه الوحدة الإجتماعية على تلبية إحتياجات المريض.

كما أن الإعاقة التي يسببها المرض المزمن لا تم المريض فحسب، وإنما تم الأسرة كلها. فهذه الأخيرة والجماعة القرابية عموما مسؤولة عن المريض و تتحدد مسؤوليتها في دفع الأجر وتوزيع الأعباء، لهذا فإنا هي وسائر الجماعة القرابية مسؤولين عن المريض في التمع. فهي التي تناقش أعراض المرض مع

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 86.

الطبيب، تستفسر عن أنسب مصادر الخدمة الصحية للعلاج، وتتضامن معا في تدبير النفقات اللازمة للإقامة في المستشفى وغير ذلك من التكاليف العلاجية. وهكذا توضح لنا الشواهد إنتشار هذه المظاهر والظاهرة على مستوى مجتمعات العالم الثالث، حيث "تتوفر الأسرة العربية جميع مقومات التماسك والترابط الثقافية والإجتماعية والتاريخية."[1]

ونظرا لما سبق، فإن العوامل الأسرية تؤثر بوضوح في حالة الأمراض المزمنة في تقديم الرعاية للمريض والرغبة الدائمة في القيام بالعلاج، أو مدى إتاحة المساعدة مهما كان نوعها، وتوفيرها على المدى الطويل. وعليه فإن إتجاهات أعضاء الأسرة وردود أفعالهم نحو المريض تتيح له الرعاية الكافية وتساعده على التغلب عن المرض الذي يعاني منه. و بالتالي، فإن هذه الجماعة الإجتماعية تشعر بالخوف بمجرد مرض أي عضو داخلها، لأن هذا الأخير يخلق أزمة بين جميع أعضاء الأسرة و يعتبر تديدا للجماعة ككل. كما أن إلتزام أفراد الأسرة بالمساعدة وإستعدادهم لها يمثل مقاييس تعبر عن إحساس الجماعة بالخطر و خطورة تديده لكل الأعضاء.[2]

وخلاصة لما قيل آنفا، فإن الأسرة في الواقع قد تعرضت لجملة من التغيرات البنائية التي أثرت على خصائصها وطبيعة دورها في تقديم الرعاية الصحية في المنزل لمريضها، ولعل أهملها الإنتقال من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية، زيادة الحراك الجغرافي و دخول المرأة سوق العمل.

وفي هذا الصدد فإن الأسرة الممتدة بطبيعة الحال كانت أقدر و أكفأ في الرعاية المنزلية للمريض وحتى المسن، بحكم كثرة عددها والتنوع العمري بين أعضائها وثراء معرفتهم وخبرتم بالصحة والمرض. وبالرغم من هذه الأسباب فإن الأسرة النووية لا تقل شأنا عن الأسرة الممتدة في رعاية المريض.

إنطلاقا من المعطيات الإقتصادية والمادية والثقافية السابقة الذكر، يمكننا القول بأن المستوى الثقافي البسيط والإقتصادي المتميز بالفقر و صعوبة ظروف المعيشة لقلة الدخل في مقابل إزدياد مطالب وحاجيات الأسرة وعدم توفر أو ضيق المسكن يزيد من إحتمال إهمال المريض لحالته الصحية وتأخره في العلاج. وذلك للإستسلام لظروف الواقع المعيشي. وقد تدف الظروف الإقتصادية والمادية للأسرة عموما إلى تحسين مستويات معيشتها ويتوقف هذا أساسا على دخل الأسرة كمؤشر على مدى قدرة معيلها على توفير الغذاء والكساء ومتطلبات التعليم و الرعاية الصحية. إضافة إلى كيفية إستغلال المعطيات المادية المتوفرة لديها أثناء عملية التنشئة الإجتماعية للأبناء.

(1) فادية عمر الجولاني، الأسرة العربية تحليل لبناء الأسرة وتغير إتجاهات الأجيال، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1998، ص 9.
(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 298.

المطلب الرابع: ثقافـة التمع في مجال الصحـة وإنعكاساتا على تغيير السلـوك الصحي للأفراد:

إن الثقافة تشمل على مجموعة العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها. فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الاجتماعية وعادات النظافة، التربية وتصورات الفرد على كل أعضاء جسم الإنسان، حيث يشغل كل عضو منها مكانة خاصة قد تخلق عن عضو آخر، وبالتالي لو أصيب بمرض تصرف صاحبه بأسلوب يختلف من شخص إلى شخص آخر. و الدليل على هذا فإن الثقافة هي التي تتدخل في حالة اللجوء إلى الخدمات الصحية الحديثة و في حالات الأمراض.[1] وقد تلعب الثقافة "دور حيوي و هام خاصة في مسألة الصحة و المرض و في العلاقة بين الطبيب والمريض، فالخلفية الثقافية لأي مريض تؤثر تأثيرا إيجابي و فعال في الإستجابة للمرض و في علاقته مع الطبيب، حيث أن هذا الأخير يفترض أن هناك قيم معينة مرتبطة بالصحة والمرض إذا عرفنا المريض من خلال خلفيته الثقافية سيساعده هذا على سرعة فهم المريض للطبيب وبالتالي في سرعة العلاج".[2] لذا يمكن القول بأن أنماط الثقافة وأساليب الحياة الإجتماعية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض وإستجابتنا له وتعبيرنا عنه.[3] والمريض إنسان ينتمي إلى جماعة وهو أيضا عنصر من هذا التمع يؤمن بتقاليد ويتطبع بطباعه، إنه ناقل التراث الإجتماعي، وأن له عادات وممارسات وأنماط من السلوك ذات صلة مباشرة بصحته. وعلى أساس ذلك فإن "الطبيب الذي ينظر إلى المريض على أنه حالة مرضية لا يمكنه أن يفهم المريض و قد يتعذر عليه أن يساعده و أن تدخل الطبيب لمعالجة المريض هو تدخل فني مصحوبا بفرض التدخل التثقيفي أيضا، إن الطبيب لا يشخص المرض أو يصف الدواء فحسب بل يقوم بتعليم المريض و أسرته سبب المرض وطبيعته وعن الإجراءات الواجب إتخاذها والنظام الواجب إتباعه لمكافحة المرض أو منعه عن باقي أفراد الأسرة وغيرهم".[4] لهذا يمكن القول أن الثقافة السائدة في أي مجتمع من التمعات تشمل العادات والتقاليد التي تؤثر بشكل واضح في الكثير من النواحي الصحية، في درجة الوعي الصحي الوقائي وفي مواقف وإتجاهات الأفراد نحو المرض وأساليب المعالجة وحتى في تغيير الممارسات الصحية. كما أن للعادات في الكثير من المظاهر الحياتية للأشخاص علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالصحة والمرض، وتتجلى هذه العلاقة في العادات الغذائية السيئة .

لا شك أن لكل مجتمع عاداته و تقاليده الراسخة التي تحكمه، والبعض من هذه التقاليد جيد والبعض الآخر يشكل عائقا إجتماعيا يمنع من الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، بالطبع تبعا لنوع التنشئة

(1) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ص 296-297.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص154.

(3) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص432.

(4) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص204.

الاجتماعية التي تفرضها بيئة الفرد الإجتماعي، حيث أن التنشئة الإجتماعية تؤثر في المستوى الصحي، "فقد ينشأ الفرد في بيئة لا تتم بتعلم أسلوب النظافة الشخصية (...) وقد ينشأ الأفراد في بيئة تتم بتلقين الأطفال أصول النظافة أو العادات الصحية السليمة وتنشئتهم على السلوك الصحي السليم الذي يتوقف على المستوى الصحي في التمع الذي هو نتاج التنشئة الإجتماعية".[1] وتؤثر ثقافة التمع في الكثير من المظاهر الحياتية لأفراد التمع، والتي لها علاقة مباشرة بالصحة والمرض، وتأتي العادات الغذائية السيئة على رأس الجوانب المؤثرة في صحة الأفراد. ويمكن من خلال الوضع الثقافي وعلاقته بمواجهة المرض وأساليب العلاج أن نميز بين الأوضاع الصحية والمرضية لكثير من الناس و المرضى. إذ تميل بعض الفئات إلى إستخدام أساليب بدائية في مجال الرعاية الصحية ويقل لجوئهم إلى زيارة الطبيب والمستشفيات بينما يميل البعض الآخر إلى إستخدام أساليب علمية متطورة. ويمكن من خلال الأساليب البدائية التي تستخدمها الشعوب المتخلفة في مجال علاج المرض ملاحظة إنتشار ما يسمى بالطب الشعبي، حيث تحتوي الثقافات على كم هائل من المعلومات و الممارسات المتعلقة برعاية المرض و علاجهم. و يتجلى هذا من خلال إستعمال الوصفات التقليدية كالأعشاب الطبية التي يستعملها مرضى داء السكري كالمريوة وماء الخرشف المغلي . ونجد أن الفئات ذات المستويات التعليمية الدنيا هي الأكثر تصرفا بذه الطرق وهي أقل وعيا بالمخاطر التي سوف تنجر عن الصحة. ومنه فإن "الجهل والأمية يكون سببا في عدم إتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن إستعمال الدواء كميته وموعده".[2] كما "تلعب العادات الغذائية دورا واضحا في تديد الصحة العامة للمجتمعات التقليدية والمتقدمة على حد سواء، فالإكثار من السكريات والأسماك والنشويات يرتبط بقيم ثقافية وعادات غذائية في التمع(...) وبالتالي يستلزم الأمر فهم هذه العادات الغذائية والقيم الثقافية ومراعاتا عند إدخال برنامج صحي وتنفيذه والحرص على الأنساق بينها وبين العادات الغذائية الجديدة".[3] وعلى هذا المنوال فإن أساليب التغذية لها تأثيرا كبيرا في الحالة الصحية للمريض، إذ أن إعداد الطعام والسلوك الغذائي في الأسرة هو مسائل تحددها المعايير الثقافية السائدة في التمع. [4] وقد تكون العادات، التقاليد والمعتقدات الصحية عائقا أمام تغيير الممارسات غير الصحية ونمط الحياة خاصة في حالة الأمراض المزمنة التي تتطلب نمط معيشي معين يفرضه الطبيب على المريض كخطة علاجية. مثلا إستعمال الطب الشعبي والبدائل العلاجية تعرقل عملية العلاج والوقاية من مضاعفات المرض المزمن. كما أن الأمثال الشعبية السائدة في التمع كالمثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" هو مثل يدل على عدم الإستفادة من الخدمات الصحية.

---

(1) نفس المرجع، ص 267.

(2) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص83.

(3) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 439.

(4) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص66.

- خـلاصـة:

من خلال العرض السابق الذي تناولنا فيه الثقافة الصحية وإنعكاساتا على علاج الأمراض المزمنة في الجزائر، توصلنا إلى أن الصحة والمرض ظاهرتين طبيتين وفي نفس الوقت ظاهرتين إجتماعيتين، ولا يمكن فهمهما بمعزل عن الواقع الإجتماعي. وفي هذا الصدد فإن الأمراض المزمنة في الجزائر عرفت إنتشارا واسعا في أوساط السكان خاصة بين الفئات العمرية المسنة، حيث أثرت هذه الأمراض سلبا على الفرد وأدواره الإجتماعية، أسرته والتمع بصفة عامة. ونظرا للتغيرات الملاحظة في الخريطة الصحية للعالم وللجزائر، فإن التحضر في التمعات والإنتقال إلى مجتمعات صناعية نتيجة التغير الإجتماعي والإقتصادي أثر في النمط الغذائي للفرد. وهذا النمط من الغذاء مع بروز بعض العادات السيئة والممارسات غير الصحية وكثرة الضغوطات الإجتماعية والنفسية أثرت هذه العوامل كلها على صحة الفرد ونوعية الأمراض، وغالبا ما ترتبط هذه العوامل مع أمراض داء السكري، الضغط الدموي والقلب. وهذا بوجود عامل مهم جدا وهو عامل الإستعداد أو القابلية للمرض والوراثة.

لذا يعتبر التحكم في المرض المزمن مسألة بالغة الأهمية تحتاج إلى تظافر الجهود وتحسين المستوى المعيشي وتسهيل الرعاية الصحية وتحسينها. والتكلم عن هذه الأخيرة يقودنا إلى التكلم عن التثقيف الصحي وأهميته في تسيير المرض المزمن وتغيير السلوكات غير الصحية إلى سلوكات صحية تتماشى مع الواقع المعاش. فهو يهدف بالدرجة الأولى إلى رفع المستوى الصحي للفرد قصد تحسين الصحة العامة والقضاء على الأمية الصحية ومنع إنتشار الأمراض وترقية التمع صحيا. وعلى هذا المنوال، فإنه يجب أن تكون برامج التثقيف الصحي منسجمة مع متطلبات وإحتياجات أفراد التمع وتتماشى مع ظروفهم. فكلما تحسن مستوى الصحة بين الناس كلما أدى ذلك إلى إرتفاع مستوى وعيهم وإدراكهم لمشاكلهم الصحية.

وبالرغم من الهودات التي يجب أن تبذل في هذا المال إلا أن الصعوبات التي يقابلها المثقف الصحي تبقى معرقلة لهذه العملية، وأهم هذه الصعوبات هي عدم تعاون الناس مع المثقف الصحي في تنفيذ البرامج الصحية، إلا إذا لمسوا من تعاليمه فائدة وإتضحت لهم قيمة الخدمات التي قدمت لهم وكانوا في حاجة ماسة إليها.

إن المثقف الصحي يحاول إيجاد الوسيلة التي يوصل با أفكاره ومبادئه إلى صميم قلوب الناس وإيمانم، والكتابة والقراءة وحدها لا يمكن أن تكونا وسيلتين سهلتين لتثقيف جميع الناس كي يعرفوا الأسباب الأساسية لقواعد الصحة ويمارسونا بتطبيق مبادئها في حياتم العامة. فالكلام الذي يقرأ يختلف عما يفسره الآخر. لذلك فالأفضل أن يكون التثقيف الصحي بطريقة عملية واضحة ومستمرة مع أعطاء المعلومات بمقادير مناسبة محددة حتى يفهمها الناس بالتدرج على أساس واضح مفيد.

نستنتج أن علاج الأمراض المزمنة وحتى التمتع بالثقافة الصحية يتأثر إلى بحد كبير بالبيئة التي تحيط بالفرد خاصة البيئة الأسرية، حيث تعتبر الأسرة جماعة أولية وظيفتها تحقيق الرضا والإشباع الشخصي، فهي التي توفر للفرد الرفقة، الآمان، العاطفة والسعادة، و الأغلبية من الأفراد يشعرون بالحنين إلى الأسرة عندما يبتعدون عن منزلهم لأول مرة. فالأسرة التي تتمتع بعلاقات إجتماعية مضبوطة يسودها الهدوء، الإتزان الإنفعالي، التجانس، التماسك والتعاطف بين أعضائها خصوصا إذا كان الفرد مصاب بمرض مزمن، تساعده كثيرا في تتبع نصائح الطبيب وإتباع ممارسات صحية سليمة، فالهدوء العاطفي يخلق الإرادة والرغبة عند المريض للبحث عن المساعدة الطبية ومحاولة إستيعاد الصحة الطبيعية في أسرع وقت ممكن. كما نشير إلى أن الأسرة التي تتوفر على مستوى مادي وإقتصادي مقبول هي أوفر حظا من غيرها في توفير أساليب الرعاية الصحية، ومن ثم المساهمة في عملية العلاج و الوقاية من المرض مع بقية العناصر الأخرى، لأن العامل الإقتصادي مهم جدا في تنفيذ أوامر الطبيب. فكلما إرتفع المستوى الإقتصادي والمادي للفرد المريض بمرض مزمن كلما تحسنت حالته الصحية وتتبع العلاج بطريقة مقبولة، لأنه في هذه الحالة تتوفر له كل المتطلبات، عكس الفئات الاجتماعية الدنيا التي تعاني الكثير من جراء المرض ومن الأوضاع الإقتصادية، وبالتالي يقل حظها من الإستفادة من الخدمات الطبية والرعاية الصحية. لذا نجدهم أقل ترددا على المستشفيات والمستوصفات بنسب محتشمة كما أنم لا يستجيبون للأعراض الطبية بسرعة، لأن إستجابتهم لها ستكلف العائلة أموالا باهظة، وحتى أسرهم تعجز عن تحقيق لهم رغباتم وتوفير لهم أحسن مساعدة وعناية طبية.

وإذا إتجهنا إلى العوامل الأخرى، فنجد أن التعليم يلعب دور هام في إكتساب المعرفة الصحية والتمتع بثقافة صحية، والتعاون مع الطبيب لتحقيق هدف العلاج، وحتى أن التفاعل بين الطبيب والمريض يتأثر بالمستوى التعليمي له. فالأمية و الجهل المتفشيان في أوساط السكان والمرضى يقللان من فعالية هدف تحقيق الصحة للجميع. ففئات المستويات التعليمية المنخفضة أقل وعيا وإدراكا صحيا بالمخاطر التي يتعرضون لها، لذا نجدهم لا يستجيبون للأعراض المرضية بسرعة ويتلقون مشاكل أثناء حياتم اليومية في كيفية التكيف مع المرض وهذا كله ناتج عن إنعدام التثقيف الصحي الذي يكاد ينعدم في الجزائر. وفي نفس السياق فإن العادات والتقاليد غير الصحية المتوارثة عن طريق الأجداد لها تأثير على الأساليب العلاجية، وحتى على تغيير الأفكار والإتجاهات الخاطئة لدى المرضى، خاصة من ناحية إستعمال الوصفات التقليدية دون معرفة أضرارها وفوائدها.

الباب الثاني
الدراسة الميدانية

الفصـــل الخـــامـــــس
التعريف بالميدان

- **تمهيـــد**

المبحث الأول: التعريف بميدان البحث

المطلب الأول: مستشفى بني مسوس كتنظيم إجتماعي.

المطلب الثاني: التعريف بمستشفى بني مسوس.

المطلب الثالث: التعريف بمصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب.

المبحث الثاني: خصائص أفراد العينة.

المطلب الأول: توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

المطلب الثاني: توزيع أفراد العينة حسب السن.

المطلب الثالث: توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

المطلب الرابع: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.

المطلب الخامس: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المطلب السادس: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.

المطلب السابع: توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري.

المطلب الثامن: توزيع أفراد العينة حسب نوعية المسكن.

المطلب التاسع: توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض.

- **خلاصة**

- تمهيـــد:

إن الصحة هدف من أهداف التنمية والتطور الإجتماعي، ووسيلة لبلوغ الأهداف المرجوة في رفاهية الشعب والتمع. وعليه أعطيت لها كل الأولويات في العالم من خلال البرامج والسياسات الصحية الرامية إلى رفع المستوى الصحي للسكان. فهي نقيض المرض الذي هو في الحقيقة إضطراب في الحالة الفسيولوجية وعجز في بعض أعضاء الجسم على تأدية وظائفه. ويمكن إعتبار الصحة والمرض ظاهرتين طبيتين يتجاوزان في معناهما البعد الطبي ليشملا بعدا ثقافيا وإجتماعيا، حيث يتضمنان هذين الأخيرين عناصر ومكونات تؤثر في إدراك الفرد لمدى حاجته للعلاج والمساعدة الطبية وكيفية تقييمه للألم والتصرف حياله، لأن المرض له علاقة وثيقة بالعوامل السوسيو-ثقافية، التي تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الصحة. كذلك لا يخفى علينا دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، في العناية بالصحة واللجوء للخدمات الصحية العلاجية، وحتى تحديد الخلفيات الإجتماعية ومغزى الأوضاع الطبقية في مواجهته، علاوة على ذلك فإن للبيئة الأسرية دور فعال في العناية الطبية. فالمرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الناس أينما كانوا و لكن ليس بنفس الدرجة أو الوتيرة، حيث أن الطب ينظر إلى إليه على أنه إنحراف عن المعيار البيولوجي للصحة، أما من الناحية الإجتماعية فإنه يحدد على أساس البيئة المتواجد فيها المريض، لأن هذا الأخير يمكن أن يتأثر كثيرا بالظروف المحيطة به، والتي ولدت له هذا السلوك غير المعتاد وظهور الأعراض المرضية . لهذا فلا بد من تكامل المنظور الإجتماعي مع المنظور الطبي لفهم المريض وكيفية إنتشار المرض. وعليه، فإن تصور مفهوم المرض و الصحة يعتبر ظاهرة إجتماعية تختلف بإختلاف الثقافات والإنتماء الإجتماعي .

فبعد الإنتهاء من الدراسة النظرية، تأتي مرحلة هامة في البحث العلمي ألا وهي الدراسة الميدانية التي لها علاقة وطيدة مع المرحلة الأولى، وكلاهما مكملا للآخر، حيث يمكن توظيف معطيات الجانب النظري في خدمة الجانب الميداني لأن الهدف واحد والدراسة واحدة. وعليه يعالج هذا الجانب نتائج الدراسة الميدانية. أما هذا الفصل فيتطرق إلى التعريف بميدان البحث وعرض أهم الخصائص الديمغرافية والإجتماعية لأفراد العينة.

المبحث الأول: التعريف بميدان البحث

إن كل دراسة ميدانية تستوجب مجالا جغرافيا يستعين به الباحث في جمع البيانات الخاصة بأفراد العينة. وفي هذه الدراسة أحسن مكان لإجراء البحث الميداني هو المستشفى، الحيز المخصص لعلاج المرضى، إجراء الفحوصات والتحاليل الطبية. وفي هذا الصدد خصص مبحث في هذه الدراسة للتعريف بمستشفى بني مسوس ومصالحه، خاصة مصلحة الطب الداخلي ومصلحة أمراض القلب.

المطلب الأول: مستشفى بني مسوس كتنظيم إجتماعي:

يتكون كل مجتمع من نظم إجتماعية يبنى عليها، وهي بمثابة عموده الفقري، حيث أنه لا يمكن لأي مجتمع من التمعات أن يستمر في الوجود دون أن يحدث التفاعل بين أفراده، والذي بدوره تنتج عنه علاقات إجتماعية تشبع حاجاتم. وهذا التفاعل قد يتم بقواعد منتظمة وضوابط معينة داخل نطاق نسق إجتماعي معين تتبلور في أنماط للعلاقات الإجتماعية، تسمى النظم الإجتماعية.[1] فالتنظيم بصفة عامة هو "وحدة إجتماعية، أو جماعة يرتبط أعضاؤها فيما بينهم من خلال شبكة علاقات تنظمها مجموعة محددة من القيم الإجتماعية والمعايير".[2] وإنطلاقا من هذا التعريف فإن المنظمة تقوم أساسا على "تقسيم للعمل وعلى جهاز للضبط والتنسيق ما بين وحدات هذا التقسيم (...) لكل منظمة هدف توجه جهود العاملين في المنظمة لتحقيقه. فالمنظمات هي أدوات يمكن عن طريقها تحقيق أهداف معينة".[3] وفي هذا الصدد المستشفى يعتبر كتنظيم إجتماعي، ودراسته من أهم المواضيع التي إحتلت الصدارة في مجال علم الإجتماع الطبي وعلم الإجتماع تنظيم وعمل، حيث كان الإسهام في هذا المال من خلال محاولة لفهم وظيفة هذا التنظيم، كيفية تطور وظائفه وتقسيم العمل به. وأيضا تحديد أهم الصراعات القائمة فيه وفهم التعقيدات البيروقراطية. وعليه فإن التنظيم في المستشفى يشمل عدد من الأبنية البيروقراطية والمراكز المتسلسلة في هذه الأبنية، فلكل مركز دور إجتماعي لشاغله. إذا التنظيم عبارة عن الصور أو الأشكال الثابتة التي يدخل الناس بمقتضاها في علاقات إجتماعية. أما النظم الإجتماعية، فهي أساليب نمطية للسلوك الإجتماعي، ويتكون منها الجهاز الذي عن طريقه يستطيع البناء الإجتماعي أن يستقر ويستمر.[4] وإنطلاقا من هذا، فإن المستشفى هو "منظمة تجمع ما بين أفراد ينتمون لفئات مهنية مختلفة للعمل في أنشطة ترتبط بالصحة. فكما أن المستشفى يعتبر مكان العمل الرئيسي لبعض العاملين في مجال رعاية وعلاج المرضى، فهي كذلك

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، مرجع سابق، ص203.
(2) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 147.
(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 133.
(4) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، مرجع سابق، ص ص 203-204.

مركز رئيسي للبحث الطبي، ومعهد رئيسي لتدريب العاملين في المال الطبي على إختلاف تخصصاتهم".[1] وقد أصبح الآن "مأوى للمريض، ومؤشرا دالا على الصحة في المتمع، ومكانا للبحث والدراسة، وتدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجل الأصحاء والمرضى على حد سواء. ولذلك فإن أبرز واجبات المستشفى يتمثل في التشخيص المبكر للمرض وتعميق معرفتنا بعوامل إضطراب الصحة، وبالتالي العلاج السريع للمرض قبل إستفحال آثاره".[2] ونجد أن بعض الباحثين وصفوا المستشفى بأنه "يحتل نموذج التنظيم الذي له أهدافا متعددة (...) مكان للإقامة، ومدرسة، ومعمل، ومكان للعلاج في نفس الوقت".[3]

وعليه فإن مستشفى بني مسوس كباقي المستشفيات، فهو المكان المخصص لعلاج المرضى ومكوثهم لتلقي الرعاية الصحية وأيضا مجال للعمل الإداري والطبي. وفي نفس الوقت يشمل عدة تخصصات، حيث أنه ميدان خصب للبحوث والدراسات الطبية. كما أنه مكان لتدريب الأطباء والشبه الطبي في مختلف التخصصات الطبية. إضافة على ذلك فإن من أهم مميزاته أنه يمتاز بخاصية توزيع السلطة والوظائف أي تقسيم العمل الذي تتميز به التنظيمات الإجتماعية الأخرى. فالمدير هو الذي يقوم بتوزيع الوظائف على مختلف العاملين وله كل السلطة والنفوذ. وقد يعرف أحيانا هذا المستشفى كباقي التنظيمات الإجتماعية الأخرى تغيرات على جميع أو بعض هياكله نظرا للتقدم العلمي والتكنولوجي المعروفة في المال الطبي ونظرا لإحتياجات المرضى ومتطلباتهم. فهذا التغير يظهر من خلال أهداف هذا المستشفى وأهم مسؤولياته.

وقد يتميز مستشفى بني مسوس بعدة خصائص أهمها نظام السلطة فيه، حيث أنه يسعى إلى تحقيق أهدافه التنظيمية إنطلاقا من ميكانيزمات التنظيم والترتيب الهرمي للمناصب لتحقيق التنسيق بين الوظائف والواجبات لإنجاز أهداف الجماعة. وذلك من خلال توزيع وظائف الإداريين، العاملين، الأطباء، الشبه طبي، التقنيين في المال الصحي...الخ. أي تقسيم العمل حيث يقوم كل عضو بمهام وواجبات محددة تظهر من خلال المركز الإجتماعي والدور. وكل دور مكملا للدور الآخر، مثلا دور الممرض مكملا لدور الطبيب. وعليه يحدث التماسك، التجانس الداخلي، التوافق والإنسجام بين التنظيم والمتمع الكبير. وهذا لإحداث الإستقرار النسبي وتشكيل روابط وعلاقات إجتماعية بين أعضائه ومسئوليه على أدائهم لأدوارهم الإجتماعية. وعليه فإن مستشفى بني مسوس هو المكان الذي يتلقى فيه المرضى الرعاية الطبية وهو مؤسسة علاجية، إدارية وتعليمية الطب والعمل الطبي. وقد يضم هذا المستشفى فئات مختلفة من الناس البعض لديهم أهداف وغايات متباينة ولكنهم في النهاية يرتبطون جميعا برابطة السعي لتحقيق هدف معين مرتبط بالصحة والمرض. وإستنادا على ذلك، يمكن القول بأنه قد أنشأ لغاية معينة مقصودة وليست عفوية لا إرادية. ويتوفر على إمكانيات مادية ومعنوية وبشرية.

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 134.

(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص ص 233-234.

(3) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص 324.

وبإعتبار أن المستشفى هو منظمة إجتماعية تتضح فيه خصائص التنظيمات الإجتماعية الأخرى، فإن العديد من البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الصدد أكدت بأن "المستشفى يعد منظمة رسمية، عالية التنظيم يسودها نظام شبه بيروقراطي وسلطوي، ولكي يحقق المستشفى مهامه وينظم مختلف نشاطاته فهو يعتمد على تنظيم هرمي للسلطة يعمل من خلال نظم ولوائح وعمليات إدارية".[1] وفي هذا الإطار نجد أن مستشفى بني مسوس هو تنظيم رسمي وغير رسمي في آن واحد. فالتنظيم الرسمي يظهر من خلال إطار مكتوب ولوائح محددة تحدد أهداف المستشفى، سياستها والإجراءات الواجب إتباعها لتحقيق هذه الأهداف، تحديد للوظائف، الأدوار، الواجبات والحقوق للعاملين بالمستشفى. وإذا تطرقنا إلى القوى التي يشملها التنظيم الرسمي نجدها تتمثل في المدير العام، مجلس إدارة المستشفى، الجهاز الطبي، جهاز التمريض وأخيرا الجهاز الإداري، حيث يعتبر المدير ومجلس الإدارة أصحاب السلطة على رقابة التنظيم الرسمي. وفي نفس السياق يرى المؤلف علي المكاوي في كتابع علم الإجتماع الطبي بأنه "يحدد التنظيم الرسمي للمستشفى الأدوار التي يقوم با النسق الطبي بشكل تعاوني منظم تقسم فيه المهام والوظائف التنظيمية إلى أجزاء يضطلع با أشخاص معينون".[2] فمثلا نجد أن الطبيب دوره هو تشخيص المرض، علاج المرضى ووصف الدواء لهم أي الإشراف على الإجراءات العلاجية. أما الممرضة فمهمتها هي مساعدة الطبيب على الإجراءات التشخيصية، العلاجية والإهتمام بالسجلات. وأيضا السهر على نظافة المكان وإعطاء التعليمات الطبية. أما الفنيون أو التقنيون فمهمتهم تكمن في إجراء التحاليل، الفحوص الطبية والأشعة وغير ذلك. وعمال النظافة مهمتهم المحافظة على النظافة. ولهذا يمكن القول بأن النسق السلوكي الرسمي في أي مستشفى يدل على التنظيم الرسمي لهذا المستشفى. والذي يحدد الأطر العامة للأدوار الإجتماعية للفريق الطبي وغير الطبي. إذا فالمستشفى عبارة عن مكان لبناء القيادة وتكوين الإستراتيجيات. [3] أما التنظيم غير الرسمي للمستشفى حسب ما أبرزته الباحثة فوزية رمضان أيوب فهو ينشأ "نتيجة لموعة من العلاقات الإجتماعية التي تنمو تلقائيا. ففي داخل التنظيم الإجتماعي للمستشفى تتكون بين الأفراد مجموعة من العلاقات الإجتماعية غير الرسمية من خلال إشتراكهم وإرتباطهم معا في عمل واحد داخل الجهاز الوظيفي".[4] وفي هذا المنوال فإن التنظيم غير الرسمي للمستشفى له أهمية بالغة في تقدم الرعاية الصحية للمريض. إذ أن دراسات التنظيم غير الرسمي للمستشفى أكدت بأن "جو العلاقات المهنية السائدة بين القوى العاملة الطبية في إحدى المستشفيات أو العيادات، هو عنصر بالغ الأهمية في تحديد المستويات العامة للرعاية الطبية. فكلما إتسمت هذه العلاقات بالود والصداقة كلما تقدمت الخدمة الصحية وإرتقت أساليب تقديمها للمرضى. وفي هذه الحالة فإن النسق

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص152.

(2) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 254.

(3) François Steudler, Op.cit, P222.

(4) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 137.

السلوكي للتنظيم غير الرسمي يعد أمرا ذا أهمية بالغة، فهو مصدر رئيسي للأفكار الطارئة، وإفراز المعايير التنظيمية الجديدة ، وكذلك الأساليب التي تحقق با الجماعة الأهداف الجديدة في المستشفى. والأهم من ذلك كله أن التنظيم غير الرسمي هو مصدر رئيسي لتغيير محددات الأنساق السلوكية الرسمية في التنظيم الرسمي.[1]

إن مستشفى بني مسوس يسعى إلى تحقيق أربعة أهداف وهي علاج المرضى، تحسين صحة المواطنين بنشر التربية الصحية والحث عن الوقاية الأولية والوقاية الثانوية للإكتشاف المبكر للأمراض. وأيضا التعليم الجامعي الطبي والشبه الطبي. وأخيرا البحث عن مستوى المرض، حيث تؤكد الباحثة فوزية رمضان أيوب على أن المستشفى كغيره من المؤسسات له عدة أهداف يسعى لتحقيقها أهمها رعاية المرضى، إجراء البحوث الطبية بغرض التقدم في وسائل العلاج وتطويرها، تدريب الأطباء والممرضين وسائر العاملين في المال الطبي. كما أن للمستشفى دور في إشباع الثقافة الطبية في المتمع بصفة عامة وفي المتمع المحلي المحيط بالمستشفى بصفة خاصة، إلى جانب دوره في العمل على وقاية أبناء المتمع من الأمراض المختلفة. وقد تختلف المستشفيات عن بعضها البعض فيما تتبناه من هذه الأهداف وما تسعى إلى تحقيقه. فالمستشفيات العامة أكثر توسعا في أهدافها من المستشفيات المتخصصة، وأكثر إرتباطا بأداء وظائفها نحو المتمعات المحيطة با. والمستشفيات التابعة لكليات الطب أكثر إهتماما بالأهداف التعليمية التدريبية من غيرها. بينما المستشفيات المتخصصة في علاج أمراض معينة تتم بدرجة كبيرة بإجراء البحوث المتعمقة عن تلك الأمراض.[2] أما المؤلف محمد علي محمد فيرى بأن للمستشفى مجموعة من الأهداف الثانوية والتي تمثل جانبا من الأهداف الأصلية منها "هدف الإستقرار الإقتصادي والمحافظة على خفض التكاليف، مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان، بإعتبار هذا الهدف جانبا من الهدف الأكثر عمومية المتعلق بتوفير خدمات الرعاية الطبية. وفي نفس الوقت قد لا يكون لموضوع التكاليف أهمية في نظر الهيئة الطبية مثلما تعلق أهمية على نوعية المرضى المقيمين بإعتبارهم حالات مناسبة ليدرسها طلاب الطب. وقد يرى آخرون أن محاولة تحقيق هذه المموعة من الأهداف المترابطة والمستقلة يلقي عبئا ثقيلا على الإرادة التي تتحمل مسؤولية التنسيق بين الجهود في سبيل إنجاز الهدف، ومن ناحية أخرى، أنه من الواضح أيضا أن أهمية الهدف تختلف مباشرة بإختلاف الدرجة التي يعني فيها الشخص بذا الهدف". [3]

(1) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 257.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 135.

(3) محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص 324.

المطلب الثاني: التعريف بمستشفى بني مسوس:

لقد تطور مفهوم المستشفى عبر الأزمنة من مكان لممارسة الخدمة الدينية إلى ملجأ للفقراء وذوي البر والإحسان إلى مقر وبيت للأموات إلى مكان للممارسة التقنية وعلاج المرضى. فهو حاليا مؤسسة طبية تجمع فئات مهنية مختلفة تعمل في المال الطبي وتسعى لتحقيق هدف إجتماعي معين هو رعاية وعلاج المرضى وتحقيق نوع من الضبط الإجتماعي في النسق الطبي، حيث أنه "منذ نهاية القرن التاسع عشر ظهرت فكرة جديدة ومفهوما حديثا للمستشفيات كمؤسسة إجتماعية يذهب إليها الناس من مختلف فئات المجتمع للحصول على درجة عالية من العناية والرعاية الصحية وعلاج مختلف ما يشكون منه من أمراض".[1]

إن الإطار التصوري للموضوع فرض علينا إجراء الدراسة الميدانية في النسق الطبي المتمثل في المستشفى الذي هو "منظمة تجمع ما بين أفراد ينتمون لفئات مهنية مختلفة، للعمل في أنشطة ترتبط بالصحة. فكما أن المستشفى يعتبر مكان العمل الرئيسي لبعض العاملين في مجال رعاية وعلاج المرضى، فهي كذلك مركز رئيسي للبحث الطبي، ومعهد رئيسي لتدريب العاملين في المال الطبي على إختلاف تخصصاتهم، ولذلك تتعدد أهداف المستشفى".[2]

وعلى ضوء هذه المقدمة، فإن مستشفى بني مسوس إحسان حسن يتواجد ببلدية بني مسوس، الدائرة الإدارية بوزريعة، ولاية الجزائر. وتتربع هذه البلدية على مساحة قدرها 791.2 هكتار أي 7.912 كلم^2، حيث تقع في غرب ولاية الجزائر يحدها من الشمال بلدية الحمامات، من الجنوب بلدية كل من بن عكنون ودالي إبراهيم، شرقا بلدية بوزريعة وغربا كل من بلدية عين البنيان والشراقة. وقد بلغ عدد سكانها حسب تعداد 1998 بـ 17358 نسمة أي 8849 ذكور و 8489 إناث، ليرتفع عدد سكانها خلال 10 سنوات. إذ قدر في تعداد 16 أفريل 2008 بـ 34916 نسمة.[3] فهذه البلدية تستقطب الكثير من الأشخاص، مرضاها ومرضى من بلديات مجاورة وحتى ولايات أخرى لطلب الرعاية الصحية، إجراء الفحوصات، العمليات الجراحية والمراقبة الطبية في المستشفى العريق الذي يتوفر على عدة إختصاصات طبية وعلى كفاءات مهنية. فهو يقع على مساحة كلية تقدر بـ 25278 هكتار منها 5034 هكتار مساحة البناية مأخوذة من مقاطعة بوزريعة وبلدية بني مسوس. أما فيما يخص المساحة الكلية المبنية في المستشفى فإنها تمثل 54952.35 م^2. والمساحة المبنية تقدر ب 58.11 % من مساحة البناية تتوزع حسب المصالح الإستشفائية والمصالح الطبي-التقني الشاغرة كما يلي:

- 42631.68 م^2 أي 77.58 % من المساحة المبنية (كل المستويات).
- 23697.68 م^2 أي 74.20 % من مساحة المبنية (المنشئة).

---

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص 141-142.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 134.

(3) معطيات متحصل عليها من بلدية بني مسوس بتاريخ 2009/16/17.

أما المصالح العامة والإدارية المشغولة فإن مساحتها كما يلي:

- 12320.67 م^2 أي 22.42 % من مساحة البناية .
- 8239.67 م^2 أي 25.80 % من المساحة المبنية.[1]

ويطلق حاليا على مستشفى بني مسوس إسم المركز الإستشفائي الجامعي بني مسوس أسعد حساني، ويرجع أصل هذه التسمية إلى المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، حيث أن "المركز الإستشفائي الجامعي بني مسوس (...) هو مؤسسة عامة ذات خاصية إدارية مزودة بشخصية أخلاقية وإستقلالية مالية، إنا خاضعة تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة، أما الوصاية البيداغوجية فإنا تحت ضمان الوزير المكلف بالتعليم العالي".[2] فالمهام الموكلة للمستشفى فتبرز في مجال الرعاية الصحية من خلال ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الإستشفاء والإستعجالات الطبية الجراحية، الوقاية وكذلك كل نشاطات الحماية للجماعات الصحية والسكان هذا من جهة. ومن جهة أخرى تطبيق البرنامج الوطني، الإقليمي والمحلي للصحة. وأيضا المشاركة في التنسيق فيما يتعلق بالتجهيزات العادية الصحية العلمية والبيداغوجية لبنية الصحة. وأخيرا المساهمة في الحماية والرعاية للبيئة في مجالات متعلقة بالوقاية، النظافة الصحية ومحاربة الكوارث الإجتماعية. أما في إطار التكوين نجد أن المستشفى يهتم بضمان الإتصال مع مؤسسات التكوين العالي في مجال العلوم الطبية، التكوين والمنصب المتدرج في العلوم الطبية والمشاركة في التنسيقات. وأيضا المشاركة في التكوين، في التجديد أو التأهيل وتحسين العاملين بالصحة. وفيما يخص البحث العلمي، فيشرف هذا المستشفى على إقامة ملتقيات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات تقنية أخرى وعلمية من وجهة نظر ترقية نشاطات العلاج، التكوين والبحث العلمي للصحة.[3]

إن المركز الإستشفائي الجامعي بني مسوس أسعد حساني يغطي إحتياجات كل أنحاء الوطن بالتقريب، وهو مستشفى مصنف وطنيا وتقدر طاقته التقنية بـ 71.69 % من معدل المتوسط للإشتغال (Taux d'occupation moyen) أي 713 سرير خلال 206414 يوم/سا أي 32% جراح و 68% طبيب بالنسبة للإستشفاء لسنة 1999. وفيما يتعلق بالشبه الطبي المخصص لكل سرير نجد 22 % لكل شخصين أي سريرين و أقل 78% ممرض لكل 5 أسرّة.[4] وهذا حسب سنة 1999. أما بالنسبة لعدد العمال بالمستشفى فيقدر عددهم بـ 2251 من بينهم عمال مهنيون ويقدر عددهم بـ 851 عامل، إداريين 254 إداري، أطباء 310 طبيب و ممرضين 836 ممرض (شبه طبي).[5]

(1) CHU Beni Messous, « Infstructures du CHU », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999, P5.
(2) CHU Beni Messous, « Présentation de CHU », Billon Social, Formation continue, Op cit, p3.
(3) Ibid, P3.
(4) CHU Beni Messous, « Une vocation Medico-Technique mais aussi une veritable dimension chirurgicale », Billon Social, Formation continue, OP cit, P8.
(5) معطيات متحصل عليها من المديرية العامة للإدارة للمستشفى، مصلحة المستخدمين، مارس 2006.

المطلب الثالث: التعريف بمصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب:

إن مستشفى بني مسوس يضم حاليا 25 مصلحة طبية تغطي مختلف إحتياجات المرضى.[1] منها مصلحة الطب الداخلي ومصلحة أمراض القلب، المصلحتين اللتين اختيرتا كمصلحتين لإجراء البحث الميداني، حيث أن **مصلحة الطب الداخلي** تتربع على مساحة تقدر بـ 1478.00 م^2، هذا بالنسبة للإستشفائي، أما الإستشارة الطبيـة فتقدر ب 320.00م^2. [2] وتحـدد الطاقة الإستيعابيـة للمصلحـة بـ 9 أطباء مختصين و21 شبه طبي يشرفون على علاج المرضى.[3] أما فيما يخص الإستشارات الطبية فنجد أن حوالي 346703 أي أكثر من 950 شخص/اليوم. هذه الإستشارات تتطور أكثر من 21643 عام 1999، مقارنة بالتسجيلات في 1998 أي 9%. ويتم حوالي 16 إستشارة للساعة وإستشارة لكل 4 دقائق في المعدل.[4] فهذه المصلحة تتم بعلاج مرض السكر، المعدة، فقر الدم، البواسير، الحنجرة وضغط الدم. وتقوم بإجراء الإستشارات الطبية في 6 ستة غرف إلى جانب مكتب خاص بالمصلحة وقاعات للإنتظار. أيضا هذه المصلحة تشرف على مكوث المرضى بالمستشفى (hospitalisation) ، والتي تتربع على جناحين، جناح خاص بالرجال وطاقة إستيعابه هي 16 سرير (16 مريض) أما الجناح الثاني فهو جناح خاص بالنساء ويضم 4 غرف. كل غرفة بـا 4 أسرّة وغرفة واحدة فقد سريرين أي 30 سرير خلال 9706 يوم[5]. وخلال السداسي الأول من سنة 2006 تم دخول 2355 مريض بذه المصلحة منهم 977 ذكور و 1378 إناث. [6]

ومن خلال التقرير الذي صدر في 1999 نجد عدد الأيام يقدر بـ 9706 يوم إستشفائي (Journées d'hospitalisation) ومعدل الإشراف للشبه الطبي ممرض لكل مريضين (1 Inf pour 2 lits) وعدد الإستشارات هي 9933 وعدد الإستكشافات هي 3775 إستكشاف.

وفيما يخص نشاطات المصلحـة فإن عدد الإستقبال هو 429 مريض، والمدة المتوسطة في اليوم هي 22 مريض، ومعدل إشتغال السرير هي 88.63 % ومتوسط عدد السكان هو 26 نسمة. وفي عام 1998 فإن عدد الإستشارات قدر خلال 8809 يوم بحوالي 3991 إستشارة طبية ليرتفع هذا العدد في سنة 1999 ويقدر خلال 9706 يوم ب 9933 إستشارة طبية.[7]

---

(1) معطيات متحصل عليها من المديرية العامة لمستشفى بني مسوس سنة 2006.

(2) CHU Beni Messous, « Infrastructure de CHU », Billon Social, Formation continue, Op cit, P5.

(3) المديرية العامة للمستشفى، مصلحة الموارد البشرية، 2006.

(4) CHU Beni Messous, « Une vocation medico-technique mais aussi une véritable dimension chirurgicale », Billon Social, Formation continue ,Op cit, P9.

(5) Ibid, P8.

(6) مصلحة الطب الداخلي، سكرتارية المدير، جوان 2006.

(7)CHU Beni Messous, « Médecine interne », Billon Social, Formation continue, Op cit, P35.

وفي سنة 2006 كان عدد الأطباء بمصلحة الطب الداخلي بحوالي 14 طبيب و 6 أطباء داخلي في مرحلة التربص وهؤلاء الأطباء يتوزعون كما يلي: 4 نساء و 10 رجال. من بينهم 07 أطباء مقيمين Résidents و 4 أطباء مكلفين بالإشراف على الأطباء الآخرين و 03 أطباء مساعدين (Assistants).[1]

وبالنسبة لم**صلحة أمراض القلب،** فيقدر عدد الأطباء بـ 10 أطباء و 34 شبه طبي، وتضم قسم للإستشفاء (مكوث المرضى) الذي يتربع على مساحة تقدر بـ 2182.50 م^2 [2]، حيث هناك جناح خاص بالرجال يضم 16 سرير وجناح خاص بالنساء به 20 سريرا، أي 60 سرير خلال 21373 يوم[3]. أما أما قسم الإستعجالات، فيشرف على الحالات القلبية الإستعجالية، ويتوفر على عدة أسرة من 15 إلى 20 سرير ويعمل 24/24 ساعة. ونجد أيضا قسم ثالث وهو قسم الإستشارة الطبية الذي يتخصص في علاج المرضى الذين يعانون الأمراض القلبية وحتى الضغط الدموي.

فحسب التقرير الصادر لسنة 1999، فإن 21373 يوم يخصص لإستقبال المرضى في القسم الإستشفائي. أما معدل الإشراف فنجد مرض واحد لكل مريضين (2 أسرّة). وفيما يخص الإستكشافات نجد 3103 إستكشافا. وفي هذا السياق، مثلت عدد الإستشارات الطبية 7997 إستشارة في اليوم و 2791 إستشارة في قسم الإستعجالات. وبالنسبة لنشاطات المصلحة فتستقبل 873 إستقبال مريض، ومعدل المدة في اليوم هو 24. أما معدل إشتغال السرير نجد 97.59 % ، وعدد المرضى الوافدين للمصلحة نجد معدلهم 58 مريض. [4] وإنطلاقا من سنة 1998 نجد أن عدد الإستشارات الطبية قدر بـ 6601 إستشارة خلال 20240 يوم، ليرتفع العدد سنة 1999 ليصل إلى 7997 إستشارة خلال 21373 يوم.[5] وآخر الإحصائيات لسنة 2006 وبالضبط لشهر مارس، فإن نشاطات المصلحة تطورت، حيث أصبح با 03 إخصائيين، 22 طبيب منهم بروفيسور واحد وهو رئيس المصلحة، 7 أطباء أساتذة مساعدين (Maître assistant) و 14 طبيب Résidents. أما الشبه طبي، فنجد 38 شخص، من بينهم 23 دبلوم دولة، 9 بكالوريا و 6 مساعدين شبه طبي ومرضين. وبالنسبة للإداريين والتقنيين يقدر عددهم بـ 13 شخص .

وفي إطار الإشراف على المرضى نجد 495 إستشارة طبية في إطار الإسعافات المبرمجة أي 259 ذكور و236 إناث. أما بالنسبة للإستشارة الطبية الإستعجالات الليلية، فالعدد يتمثل في 97 إستشارة أي 47 بالنسبة للرجال و 50 بالنسبة للنساء. وفي إطار التكفل النفسي، فإن 73 إستشارة منها 24 تكفل نفسي خاص بالرجال و49 تكفل نفسي خاص بالنساء. وفي هذا الصدد، فإن من بين نشاطات المصلحة إجراء

---

(1) مصلحة الطب الداخلي، سكرتارية المدير، جوان 2006.

(2) CHU Benni MESSOUS, « Infrastructures de CHU », Billon Social, Formation continue, Op cit, P5.

(3) CHU Beni Messous, « Une vocation medico-technique », Billon Social, Formation continue, Op cit, P8.

(4) CHU Beni Messous, « Cardiologie », Billon Social, Formation continue, Op cit, P34.

(5) Ibid, P34.

الإختبارات الطبية، حيث أجري إختبار التخطيط القلبي Examens ECG لـ 1271حالة. أما الإختبار البيولوجي Examens Biologiques فخصص لـ 557 شخص من بينهم 242 رجل و 315 إمرأة. وفيما يتعلق بالوحدة الإستعجالية نجد 31 سرير، 15 خاص بالنساء و 16 للرجال. وعدد الإسشارات الإستعجالية هو 392 إستشارة خلال شهر مارس أي 200 إستشارة للرجال و 192 إستشارة للنساء. وفيما يتعلق بالوفيات، فقد سجلت وفاة واحدة خلال شهر مارس خاصة بإمرأة. وبالنسبة لعدد المرضى المحولين إلى وحدات صحية أو مستشفيات أخرى نجد 26 مريض أي 14 إمرأة و 12 رجل. وإذا تطرقنا إلى الطاقة التقنية بالمصلحة الإستشفائية، فنجـد عدد الأسّرة المشغولة هي 42 سرير، عدد المستقبلين في المصلحـة 51 مريض، عدد المرضى المغادرين المستشفى هم 39 مريض وعدد الوفيات هي 5 حالات. وقد قدرت الإستشارات المتخصصة بـ 887 حالة غير مستعجلة أي 259 رجل و 236 إمرأة. و الحالات المستعجلة 200 إمرأة و 192 رجل.[1]

(1) معطيات متحصل عليها من مصلحة القلب، مكتب السكرتارية، جوان 2006 (التقرير الشهري لشهر مارس 2006).

المبحث الثاني: خصائص أفراد العينة

إن المرض لا ينتشر بين الناس في المجتمع بنفس الطريقة، خاصة المرض المزمن والذي له علاقة بالوراثة. فبعض الأفراد لهم القابلية للإصابة والبعض الآخر لا بالرغم من تعرضهم إلى نفس الظروف. وفي هذا المجال أثبتت بعض الدراسات والمسوح أن الأمراض المزمنة تنتشر بين الجنس الأنثوي أكثر من الذكور، وبين فئات السن المرتفعة وفي المناطق الحضرية* . وعليه يتناول هذا المبحث من الدراسة الميدانية أهم الخصائص الديمغرافية والإجتماعية لأفراد العينة، والذين تمثلوا في المرضى المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب.

المطلب الأول: توزيع أفراد العينة حسب الجنس :

الإصابة بالمرض المزمن تختلف من جنس إلى جنس، ولكنها أكثر إنتشارا بين فئة الإناث مقارنة بالذكور، وخاصة الأمراض التي ترتبط بالضغوطات النفسية، كداء السكري، ضغط الدم والقلب. ويمكن توضيح هذا الفرق المتباين من خلال الجدول رقم (29).

جدول رقم (29) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

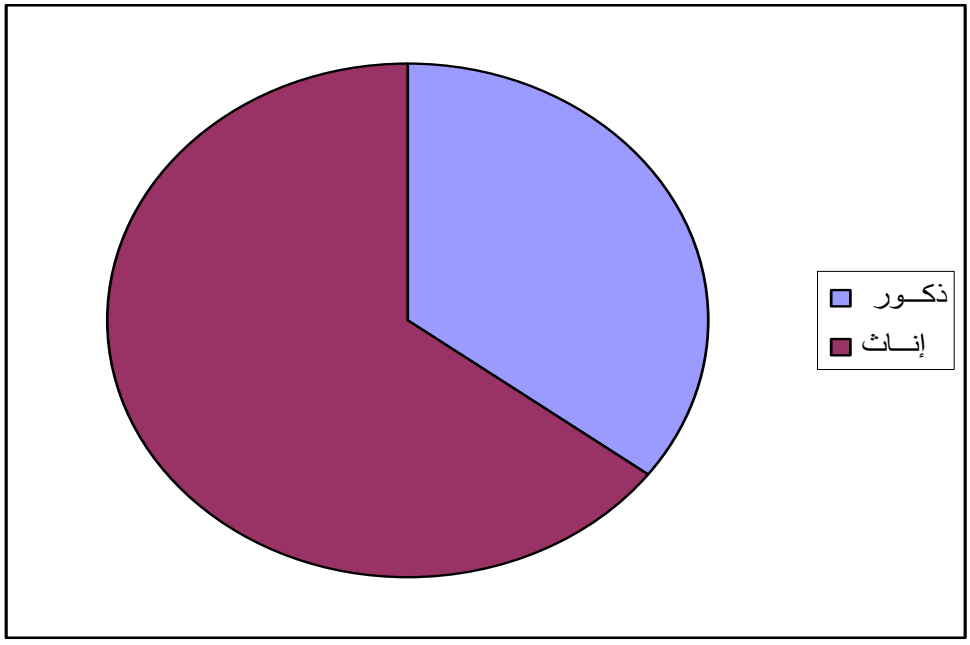
الجنـــس	التكـــرار	النسبـــة %
ذكـــور	106	35.33
إنـــاث	194	64.67
المـــوع	300	100

من خلال القراءة الأولية للأرقام المبينة في الجدول رقم (29) نجد إختلاف في توزيع المرض بين الجنس، حيث أن الإناث أكثر تعرضا لهذه الأمراض من الذكور بنسبة 64.67 % إناث مقارنة بنسبة 35.33% ذكور . ويرجع ذلك إلى أن الإناث أكثر عرضة لضغوطات الحياة مقارنة بالذكور، وكما يعلم الجميع أن هذه الأمراض السيكوسوماتية من الأمراض العضوية والنفسية التي تتأثر كثيرا بالعوامل النفسية، حيث أن الإنفعالات، الإضطرابات النفسية و متاعب الحياة لها علاقة مباشرة بالإصابة بذا المرض. وإذا نظرنا إلى مجتمعنا الجزائري، فإننا نجد أن المرأة الجزائرية أكثر تحملا للمشاكل وأكثر إنفعالا لأتفه الأسباب، وبالتالي هذه العوامل تؤثر تأثيرا سلبيا على نفسيتها و صحتها، و لهذا فإن الجنس الأنثوي أكثر تعرضا لداء

* حسب المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، فإن الإناث أكثر إصابة أي بنسبة 13.1% مقارنة بالذكور، حيث قدرت نسبتهـم بـ 9.7% . وفيما يخص المنطقة الجغرافية فإن نسبة 12.1% من أفراد العينة يقيمون في الوسط الحضري مقابل نسبة 10.4% مقيمين في الوسط الريفي. ولمزيد من المعلومات أنظر إلى الفصل الرابع عنصر الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

السكري، الضغط الدموي أو القلب هذا من جهة. و من جهة أخرى فإن أسباب زيادة إحتمالات الإصابة بالمرض عند المرأة هي إزدواجية دورها و تعدد مسؤولياتا المنزلية و الوظيفية، خاصة المرأة المتزوجة والتي تصادف إضطرابات ومشاكل في حياتا اليومية أي إلتزامات الدور الإجتماعي في المتمع . إضافة على كل ما قيل فإن الإناث من النوع الضعيف غالبا ما تتخذن إجراءات وقائية لحماية صحتهن في حالة الأمراض المعدية، ولكن في حالة الأمراض المزمنة فإن هناك عوامل أخرى تتدخل، أكثرها العوامل النفسية. وللتوضيح أكثر قمنا بتصميم شكل دائري يوضح الإصابات بذه الأمراض عند أفراد العينة حسب الجنس.

شكل رقم (12) : شكل دائري يمثل توزيع الإصابات بالمرض المزمن عند أفراد العينة حسب الجنس .



المطلب الثاني: تـوزيـع أفراد العينـة حسب السـن :

إن الأمراض المزمنة تصيب بالدرجة الأولى الفئات العمرية الوسطى والمسنة، وهذا راجع إلى التركيب الجسمي، حيث يعتبر السن متغير ديموغرافي له تأثير على الإصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب. والجدول يوضح لنا تلك الفروق و الإختلافات .

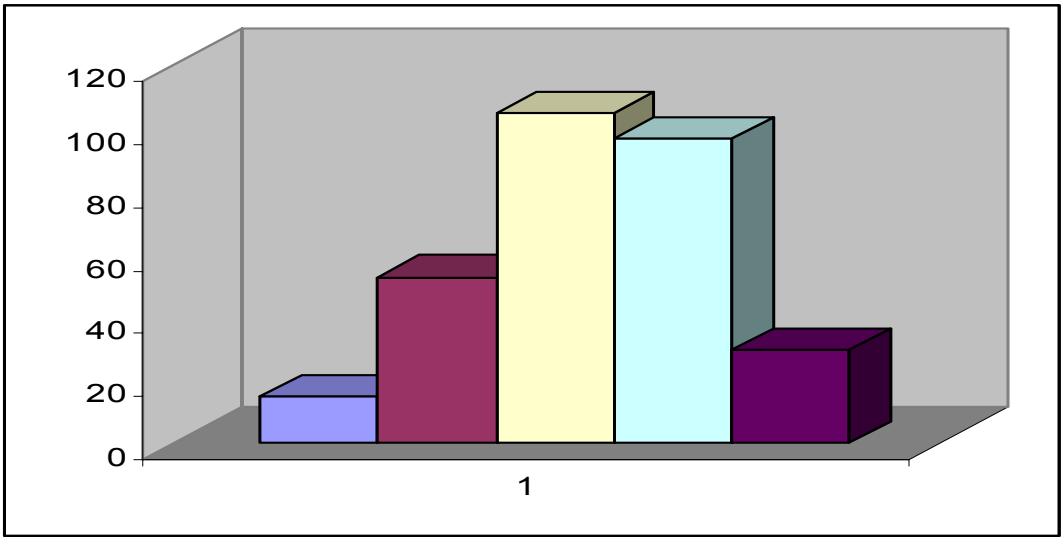
جدول رقم (30) : يوضح توزيع أفراد العينة حسب السـن .

الفئات العمرية بالسنوات	التكـرار	النسبـة %
[15-30]	15	5
[30-45]	53	17.67
[45-60]	105	35
[60-75]	97	32.33
[75-90]	30	10
المـوع	300	100

توضح لنا الأرقام المبينة في الجدول رقم (30) الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب السن، أن أكبر نسبة من المصابين بداء السكري، ضغط الدم أو القلب تقع في فئة الأعمار [45-60 سنة[، حيث بلغت نسبتها 35% من المبحوثين. تلي هذه الفئة فئة السن [60-75 سنة[بنسبة تقدر بـ 32.33 %. أما المبحوثين الذين يتراوح سنهم ما بين[30-45 سنة[مثلت النسبة 17.67%. في حين نجد المرضى البالغين من العمر [75-90 سنة[سجلوا فقط نسبة 10 % من أفراد العينة . وأخيرا نجد فئة السن [15-30سنة[قدرت نسبتها بـ 5% من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة .

إستنادا على القراءة الإحصائية السابقة، نلاحظ أن فئة متوسطي العمر و المسنين هم الأكثر تعرضا للإصابة بذه الأمراض. و يمكن تفسير هذا التفاوت في النسب بعدة عوامل، منها العوامل البيولوجية والسوسيولوجية . ويمكن أن نتوقع من منطلق الإطار المرجعي البيولوجي معدلا عاليا للإصابة بالأمراض المزمنة بين متوسطي العمر وكبار السن، حيث ترجع أساسا إلى تعرض خلاياهم العضوية للتلف، أي تفكك أنسجة الجسم وعجز الأعضاء عن تأدية وظائفها بطريقة عادية. وبالمثل قد تكون هذه الشريحة من التمع أكثر مناعة للأمراض المعدية بسبب طول فترة تعرضهم للمرض عكس الشباب الذين يصابون أكثر بالأمراض المعدية مقارنة بالأمراض المزمنة. أما من الناحية السوسيولوجية، يمكن القول أن إصابة فئات السن الكبرى والمتوسطة بالمرض، يعتبر عجزا في الطاقة البشرية وعبئا على الدولة والتمع. وعليه فإن تعرض هذه الشريحة من التمع يرجع إلى الضغوطات اليومية، المشاكل النفسية والعزلة الإجتماعية، وذلك نتيجة البيئة التي يعيشون فيها والتي تؤثر تأثيرا سلبيا على الحالة الصحية. وإذا أردنا حقا التأكد من الفئات الأكثر تعرضا لهذه الأمراض، فإن إستخدام المتوسط الحسابي لأعمار أفراد العينة، يبين لنا بوضوح أن متوسط أعمار المرضى يقدر بـ 56.2 سنة.

شكل رقم (13): شكل مدرج تكراري يمثل توزيع الإصابات بالمرض المزمن عند أفراد العينة حسب السن.



المطلب الثالث: توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية :

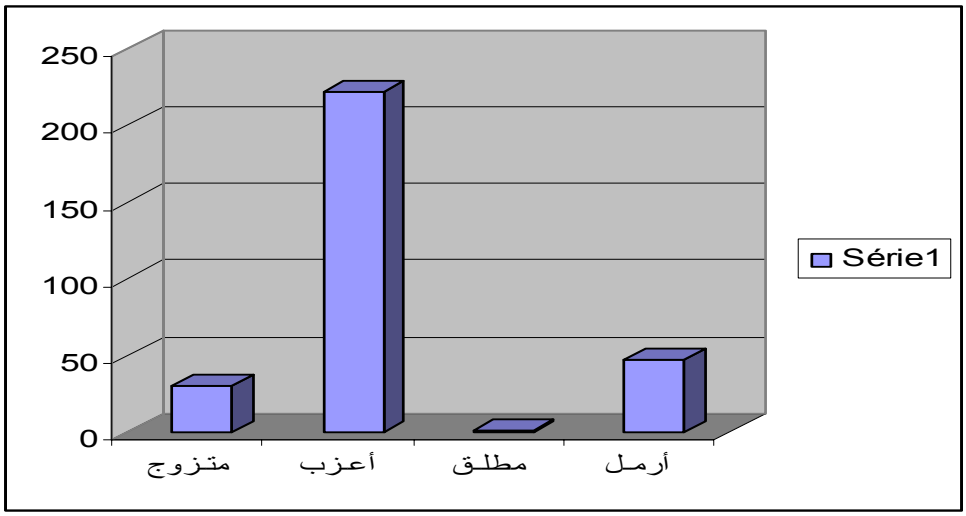
نريد من خلال هذا العنصر، معرفة كيفية توزيع الإصابات بداء السكري، الضغط الدموي والقلب بين أفراد مجتمع بحثنا بإختلاف حالتهم العائلية. وهذا من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (31) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية .

الحالـة العائلـية	التكـرار	النسبـة %
أعـزب	30	10
متـزوج	222	74
مطلـق	01	0.33
أرمـل	47	15.67
المجموع	300	100

يتضح لنا جليا من خلال هذا الجدول أن فئة المتزوجين أكثر إصابة بداء السكري، الضغط الدموي والقلب بنسبة 74 % من المبحوثين، تليها نسبة 15.67 % من الأرامل. أما فئة العزاب فقد أحرزت على نسبة 10 % من أفراد العينة. وأخيرا نجد شريحة المطلقين، التي قدرت نسبتها بـ 0.33 % من مجموع المرضى. ويمكن تفسير الفارق فيما يخص الإصابات حسب الحالة العائلية على أن المتزوجين والأرامل لهم مسؤوليات وأدوار إجتماعية لا يمكن التخلي عنها، فهم مقيدين بالإلتزامات الأسرية، وغالبا ما يتحملون أعباء عائلاتم وأسرتم لوحدهم، وبالتالي يواجهون متاعب في حياتم اليومية، حيث أن المشاكل مهما كان نوعها تقف كعائق أمام تحقيق السعادة، وقد يتعرضون أكثر للضغوطات والإضطرابات التي تؤثر بدورها تأثيرا فعالا على حالتهم النفسية. وعليه تحدث لهم إنقلابات عضوية في الصحة العامة، وتكون مؤشرا للإصابة بأحد الأمراض السيكوسوماتيكية.

شكل رقم (14) : يمثل أعمدة بيانية توضح توزيع الإصابات المرضية لأفراد العينة حسب الحالة العائلية .



المطلب الرابع: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة :

يوضح الواقع المعاش، بأن سكان الحضر أكثر إصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب مقارنة بسكان الريف لأسباب معروفة، مثلا كثرة التعرض للمشاكل في المدينة.

و يتضح ذلك أكثر من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي :

جدول رقم (32) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة .

مكـان الإقامـة	التكـرار	النسبـة %
مـدينـة	204	68
قـريـة	58	19.33
ريـف	38	12.67
المـوع	300	100

أثبتت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 68 % من أفراد العينة يقيمون في المدينة، أي في الحضر، مقابل نسبة 19.33 % من المبحوثين يقيمون في القرية. و أخيرا نسبة 12.67 % يسكنون في منطقة ريفية.

من خلال النتائج السابقة الذكر، يتضح لنا جليا أن المكان الجغرافي له دور هام وحاسم في ظهور الإصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب، لأن سكان الحضر أكثر تعرضا لمشاكل المحيط والبيئة الإجتماعية، وبالتالي أكثر معاناة من الضغوطات مهما كان نوعها، عكس سكان الريف الحيويين، حيث أنهم أقل إصابة مرتين بداء السكري مقارنة بالسكان الحضريين [1].

إن المناطق الحضرية تتميز بالشوارع الضيقة و الكثافة السكانية المرتفعة، مما يؤدي هذا إلى إنخفاض المستوى الصحي للسكان الذين يزدحمون في المناطق الضيقة، زد على هذا العامل إرتفاع معدلات الهجرة الداخلية، من الريف إلى المدن، خاصة في الآونة الأخيرة مرحلة التسعينات التي تميزت بأوضاع صعبة مرت بها البلاد، وعليه فإزدحام السكان وعدم توفر المسكن الصحي مع زيادة عدد الأفراد في المنازل وعدم حصولهم على الضروريات يؤثر على صحة الفرد. إضافة على ذلك فإن الأوضاع التي شهدتها الجزائر خاصة الأوضاع الأمنية كانت عاملا فعالا في تفاقم الإصابة بذه الأمراض.

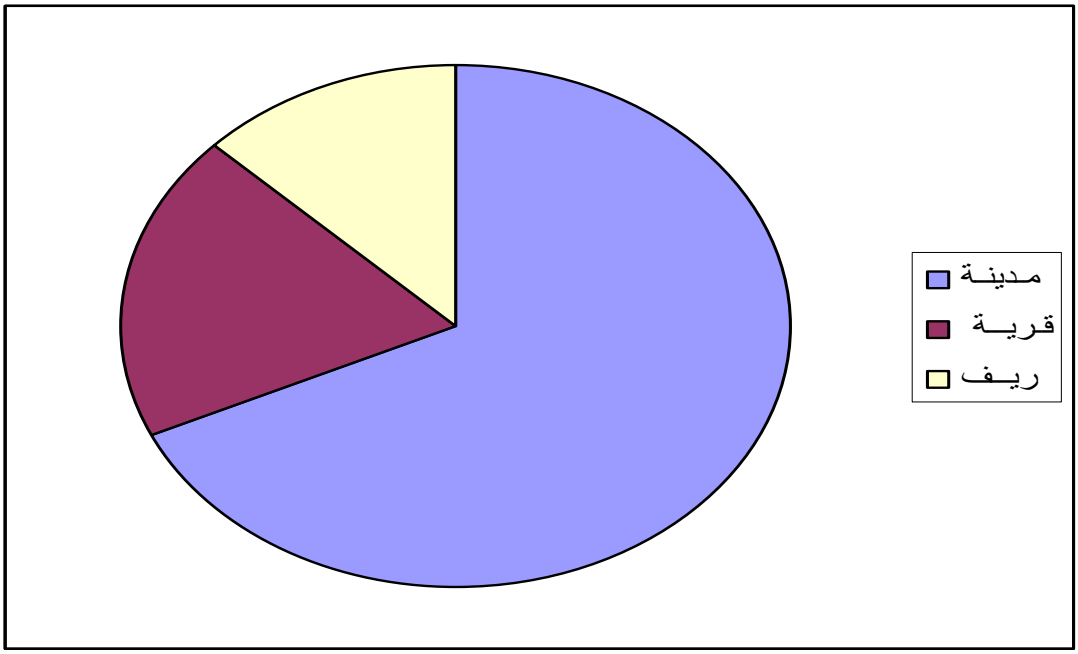
ويمكن القول مثلا أن داء السكري مرتفع بين أهل المدن نظرا للأكل الوفير و عدم الحركة مع ضغط العوامل النفسية المصاحبة للمدينة[2] ، لأن الحياة المستقرة في الوقت الحاضر مع قلة النشاط الجسمي والحركي، كلها عوامل لها دور في التعرض لمرض السكر. يضاف على هذا السبب كثرة الأغذية المسمنة وغير الغنية بالمواد الغذائية، وإستخدام المواد الكيماوية والهرمونات في تغذية حيوانية، طيور والدجاج لجعلها

(1) Gérard Pacaud, Op. cit, P 18.

(2) محمد رفعت ، مرجع سابق، ص 22.

تنمو، يكبر حجمها ويزداد وزنا بسرعة رغم ثبوت أضرارها على الصحة. و أن الكثير من المواد الغذائية المحفوظة تحتوي على مواد كيماوية لحفظها فترات طويلة من التلف. كما أن الكثير من الألوان المضافة إلى بعض المشروبات ثبت ضررها على مستعمليها،وهذه كلها من العوامل والأمور التي جاءت مصاحبة لظاهرتي التغير الإجتماعي والتحضر،و التي ثبت ضررها على الصحة و الإنسان.[1]

شكل رقم (15) : رسم دائري يمثل توزيع الإصابات المرضية عند أفراد العينة حسب مكان الإقامة.



المطلب الخامس: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي :

نحاول من خلال هذا العنصر معرفة ما إذا كان للمستوى التعليمي أثر أو دور في الإصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب، و من هم الأشخاص الذين يتعرضون لهذه الأمراض حسب المستويات التعليمية.

جدول رقم (33) : يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

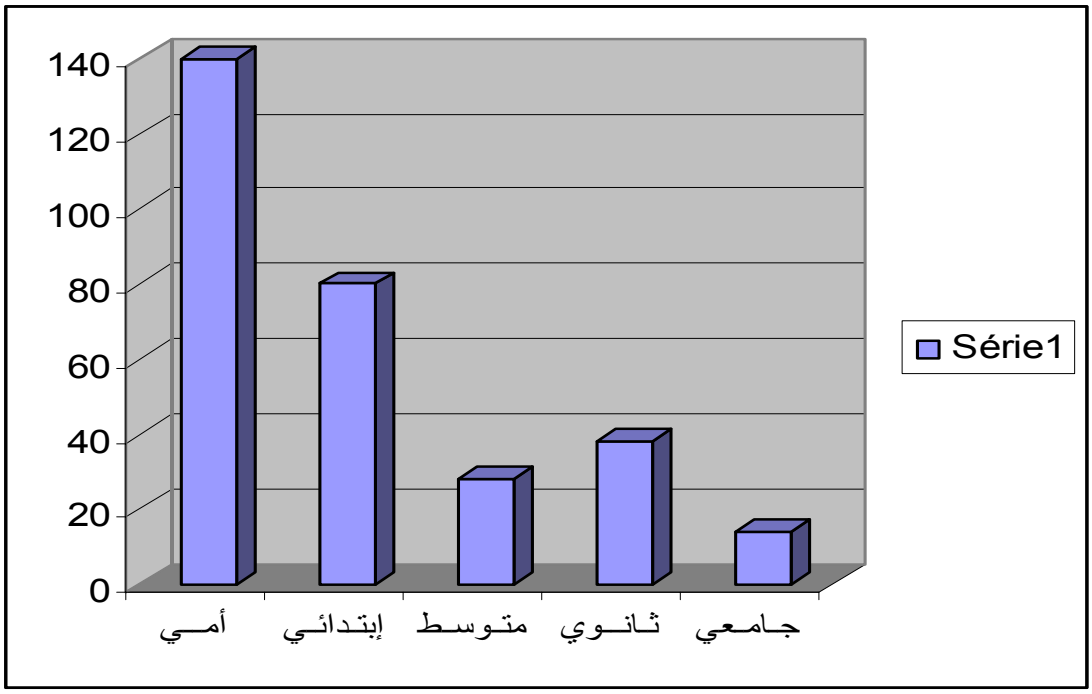
المستوى التعليمي	التكـرار	النسبـة %
أمـــي	140	46.67
إبتـدائـي	80	26.67
متـوسـط	28	9.33
ثـانـــوي	38	12.67
جـامـعي	14	4.66
الـمـوع	300	100

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 90.

نلاحظ من خلال المعطيات الموجودة في الجدول رقم (33) أن أكبر نسبة من أفراد عينتنا لهم مستوى تعليمي أمي، حيث قدرت نسبتهم بـ 46.67 % تليها نسبة 26.67 % من فئة المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي. في حين نجد نسبة 12.67 % فقط من أفراد مجتمع بحثنا مستواهم التعليمي ثانوي، بالمقابل نجد نسبة 9.33 % مستواهم التعليمي متوسط و 4.66 % جامعيين.

نستنتج مما سبق أن إنتشار داء السكري، الضغط الدموي والقلب لهم علاقة وطيدة مع المستوى التعليمي للأفراد، إذ أن الفئات ذات المستويات التعليمة الدنيا أكثر تعرضا لهذه الأمراض، لأنا أقل وعيا وإدراكا لأخطار المرض، عواقبه وكيفية الوقاية من مضاعفاته. وهذا ما يجعلهم أكثر إهمالا لإتخاذ الإحتياطات الوقائية اللازمة، حيث لا يعتبر المستوى التعليمي متغير فعال وحده بل هناك عوامل أخرى تساعد في الإصابة بالأمراض المزمنة وتزيد من تفاقم الحالة المرضية.

شكل رقم (16) : أعمدة بيانية تمثل توزيع الإصابات المرضية عند أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.



المطلب السادس:توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية :

نحاول من خلال هذا العنصر التعرف على الحالة الفردية التي يشغلها الفرد في التمع، ومدى تأثير هذا المتغير على التعرض للإصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب. وذلك من خلال الجدول التالي الذي يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.

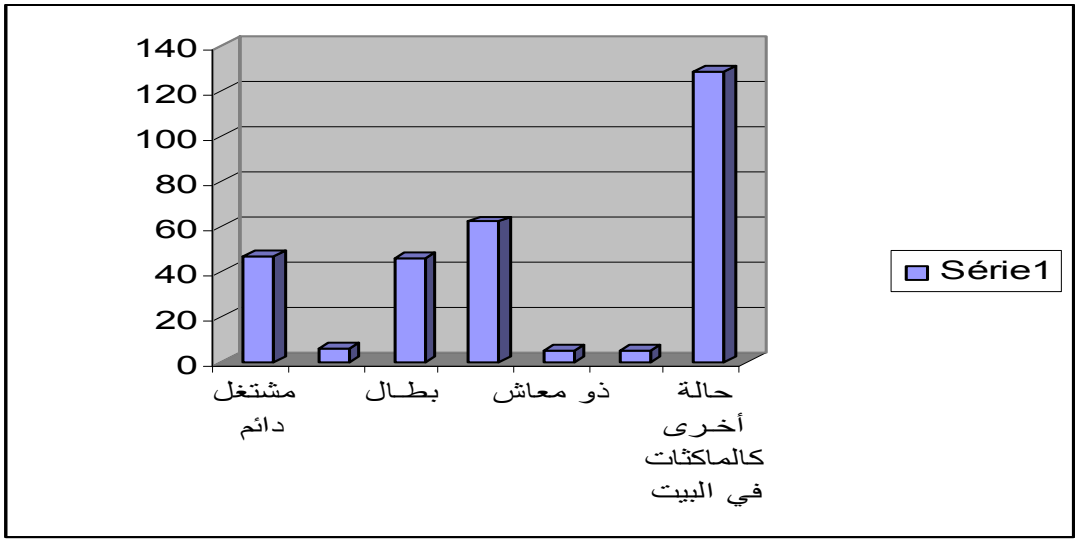
جدول رقم (34) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.

الحالـة الفـرديـة	التكـرار	النسبـة %
مشتغل دائم	47	15.66
مشتغل جزئي	06	2
بطـال	46	15.33
متقاعد	62	20.67
ذو معاش	05	1.67
طالب أو تلميذ	05	1.67
حالة أخـرى كالماكثات في البيت	129	43
الـمـوع	300	100

من المعطيات الواردة في الجدول رقم (34) يتضح لنا جليا أن النسبة الغالبة بين أفراد العينة هي نسبة 43 % الخاصة بحالة أخرى والمتمثلة في النساء الماكثات بالبيت. تلي هذه الفئة، فئة المتقاعدين بنسبة 20.67% من المبحوثين. في حين نجد نسبة 15.66 % من المبحوثين مشتغلين دائمين، مقابل نسبة 15.33 % من فئة البطالين. أما بالنسبة لفئة مشتغل جزئيا قدرت نسبتهم بـ 2 % فقط من أفراد العينة. وأخيرا فئة ذو معاش أحرزوا على نفس النسبة مع فئة طالب/ تلميذ، حيث قدرت النسبة بـ 1.67 % من الموع الكلي.

نستخلص مما ذكر سابقا أن هناك إرتباط بين الإصابة والحالة الفردية، حيث أن الماكثات في البيت هم الأكثر تعرضا لهذا المرض، لأنن الأكثر تصادما مع المشاكل مهما كان نوعها، وبالتالي أكثر عرضة للضغوطات النفسية و المتاعب اليومية.

شكل رقم (17) : أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية .



المطلب السابع: توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة:

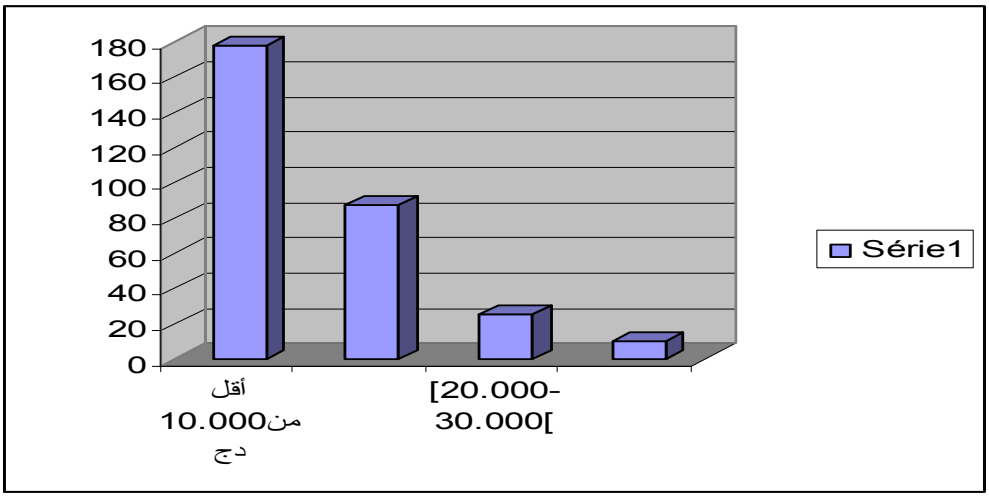
نحاول من خلال هذا العنصر معرفة الوضعية المادية للمريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب، ولقد كانت البيانات واضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (35): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة.

الدخل الشهري الأسري	التكرار	النسبة %
أقل من10.000 دج	178	59.33
]20.000-10.000[	87	29
]30.000-20.000[	25	8.33
]30.000-فأكثر[	10	3.33
الموع	300	100

نستشف من خلال معطيات الجدول أن فئات الدخل المنخفض أكثر إصابة بذه الأمراض، وذلك بنسبة59.33 % مقابل نسبة29% من المبحوثين من فئة الدخل[10.000-20.000دج[. لنجد نسبة8.33% من المبحوثين في فئة الدخل[20.000-30.000دج[. وأخيرا نجد نسبة تقدر بـ 3.33 % من المبحوثين دخلهم الشهري الأسري مرتفع أكثر من30.000دج. ويمكن القول أن الوضع المادي للمريض يؤثر في صحته بطريقة غير مباشرة، وذلك من خلال نوعية الممارسات التي يتبعها في حالة تعرضه إلى مشاكل صحية. أي أن المال يساعد صاحبه على إستشارة الأطباء وعدم التباطؤ في اللجوء للخدمة الصحية هذا من جهة. ومن جهة أخرى تنفيذ المصاب نصائح وإرشادات طبيبه فيما يتعلق بالنظام الغذائي والدواء. ولمعرفة ما هي المستويات المعيشية التي تتمركز فيها الإصابة قمنا بحساب متوسط الدخل وقد تبين أنه يقدر بـ 10566.66دج.

شكل رقم (18) : أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري.



المطلب الثامن:توزيع أفراد العينة حسب نوعية المسكن:

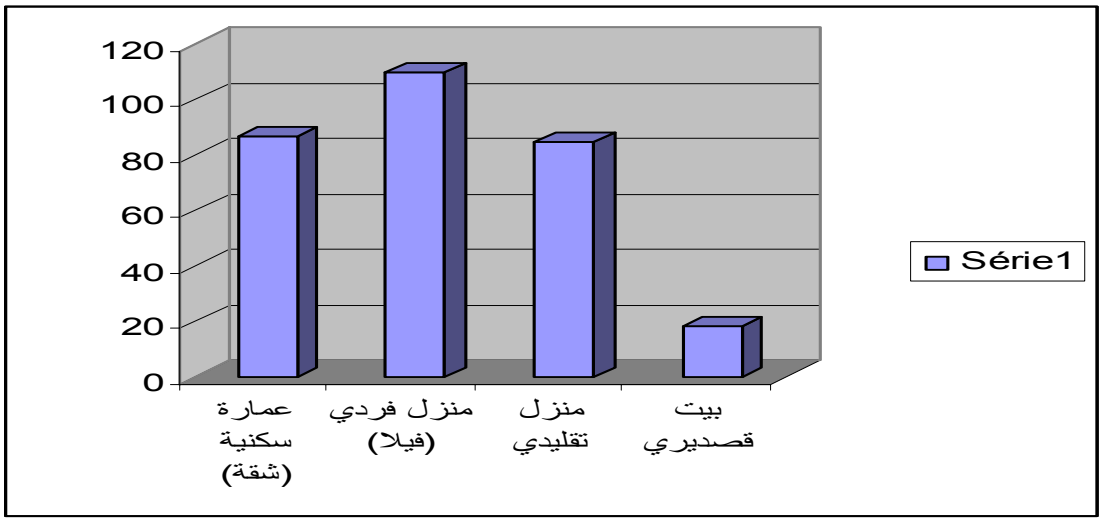
يعتبر المسكن هو البيئة التي يقضي فيها المريض معظم وقته، وإذا كان المسكن غير لائق، فإن ذلك يؤثر على الحالة النفسية للمريض وبالتالي على حالته الصحية. ومن خلال هذا العنصر نحاول معرفة نوعية المسكن الذي يقطن فيه المريض.

جدول رقم (36): يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوعية المسكن.

نوعية المسكن	التكرار	النسبة %
عمارة سكنية (شقة)	87	29
منزل فردي (فيلا)	110	36.67
منزل تقليدي	85	28.33
بيت قصديري	18	06
المجموع	300	100

من خلال بيانات الجدول، نلاحظ أن أكبر فئة من المبحوثين مثلت نسبة 36.67 % من أفراد العينة يقطنون منزل فردي مقابل نسبة 29 % من المبحوثين لديهم شقة، نسبة 28.33 % من أفراد العينة مساكنهم عبارة عن منزل تقليدي وأخيرا نسبة 6 % من المرضى منازلهم عبارة عن بيت قصديري. فالمسكن هو البيئة الصغيرة للفرد، التي يجد فيها راحته، فإذا كان غير لائق وضيق، فإنه سيخلق إضطراب في نفسية الشخص الذي يصبح لا يعرف الإستقرار النفسي. وكما هو معروف، فإن مشكل السكن في الجزائر أثر على صحة الفرد الجزائري، خاصة الأشخاص المصابين بمرض السكري، الضغط الدموي وحتى القلب. إذ أنهم دائما في تعرض لإضطرابات جسدية بسبب ما يخلفه هذا المشكل.

شكل رقم (19) : أعمدة بيانية تمثل توزيع الإصابات المرضية عند أفراد العينة حسب نوعية المسكن.



المطلب التاسع: توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض:

إن المرض المزمن الواحد غالبا ما يؤدي إلى الإصابة بأمراض مزمنة أخرى، كحالة الإصابة بداء السكري، ضغط الدم والقلب، فهذه الأمراض مصاحبة لبعضها البعض. وفي هذا الصدد نحاول التعرض على مدى تكرار هذه الأمراض بين المبحوثين حسب الجدول التالي.

جدول رقم (37): يبين توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض.

نوع المرض	التكرار	النسبة %
داء السكري	67	22.33
مرض الضغط الدموي	58	19.33
مرض القلب	65	21.67
داء السكري و الضغط الدموي	43	14.33
داء السكري ومرض القلب	11	3.67
مرض الضغط الدموي ومرض القلب	33	11
داء السكري و الضغط الدموي ومرض القلب	23	7.67
المموع	300	100

إن المرضى المصابين بداء السكري وحده مثلوا نسبة مرتفعة تقدر بـ 22.33 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 21.67 % من المبحوثين يعانون من مرض القلب ونسبة 19.33 % من المرضى مصابين بالضغط الدموي. لنجد نسبة 14.33 % في صنف المبحوثين المصابين بداء السكري والضغط الدموي ونسبة 11 % من المبحوثين مصابين بالضغط الدموي والقلب وأخيرا نسبة 7.67 % من المبحوثين مصابين بداء السكري، الضغط الدموي والقلب. فأغلبية المبحوثين أصيبوا بذه الأمراض منذ مدة طويلة، حيث أن الإهمال في علاج المرض المزمن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة، مثلا داء السكري يتبعه في أغلب الأحيان مرض الضغط الدموي. وهذا الأخير تنتج عنه أمراض القلب. فهذه الأنواع الثلاثة من الأمراض مرتبطة ببعضها البعض. إذ أن الإصابة بذه الأمراض تعود إلى تدخل بعض العوامل التي لها تأثير كبير، مثلا الأوضاع الأمنية التي عرفتها الجزائر خلال التسعينات كانت لها عدة إنعكاسات على صحة الفرد، لأن هذه الأمراض غالبا ما تتأثر بالإنفعالات والخوف المستمر، وهذا ما لمسناه أثناء قيامنا بالبحث الميداني، حيث أن الأغلبية من المرضى أصيبت بالداء نتيجة للإرهاب والوضع الأمني المتدهور آنذاك. إضافة على ما سبق ذكره، فإن المشاكل الإجتماعية والإقتصادية لها دور في هذا المضمار. إلى جانب عامل الوراثة كسبب أولي في الإصابة بمرض السكري والضغط الدموي.

- خـلاصـــة :

إنطلاقا مما سبق يمكن القول أن الأمراض المزمنة هي من الأمراض العضوية الخطيرة التي عرفها الإنسان منذ قديم الزمان، والتي تطورت أكثر فأكثر في عصرنا الحالي، وأصبحت تسمى أمراض العصر، حيث تشكل مشكلا عويصا في مجال الصحة العمومية خاصة في الآونة الأخيرة التي تتميز بالتغيرات الجذرية في جميع المجالات وفي شتى الميادين . فهذه الأمراض غالبا ما تقف كعائق أمام تحقيق السعادة الحقيقية للفرد، فهي تصيب فئات الإناث أكثر من الذكور وتنتشر في العمر الوسطي وما فوق. كما أن شريحة المتزوجين يصابون أكثر من الشرائح الأخرى. وفي الحين نفسه فإنا تتوغل في وسط الفئات الإجتماعية والاقتصادية التي معظمها تعيش في الحضر وتعاني الحرمان والبؤس، ولا تملك أدنى شروط الحياة، وبالتالي هذه الفئات لا تتكيف طبيعيا مع هذه المشاكل الصحية ولا يمكنها تسيير المرض حسب الخطة العلاجية. فالطبيب يقدم النصائح والإرشادات للمريض وعلى هذا الأخير تنفيذها للمحافظة على صحته الطبيعية. وفي هذه الحالة العامل الإقتصادي يكون سببا في عدم تنفيذ النصائح الطبية، إذ أن الفقراء غالبا ما يلجئون إلى بدائل علاجية في حالة تعرضهم للأعراض المرضية، كما أنهم يتجاهلونا ويهملون صحتهم بسبب عدم توفر المال. فالذهاب للطبيب سيكلفهم الكثير، خاصة إذا كان حجم أسرتهم كبير. وفي هذا السياق، قد يؤكد الطبيب لمريضه بتغيير نمط حياته وإتباع نظام غذائي معين، إلا أن هذا الأخير لا يستطيع تنفيذ ذلك، وبالتالي تتدهور حالته الصحية. وقد يكون المستوى التعليمي المنخفض مساعدا على عدم تعاون المصاب مع طبيبه، إذ أن المرض المزمن يصيب بالدرجة الأولى المستويات التعليمية الدنيا الذين يفتقرون للمعلومات الطبية وللوعي الصحي، فهم دائما بحاجة ماسة إلى التربية الصحية، ولكن أميتهم وجهلهم يعيقان من إكتساب المعرفة الصحية. وعليه قد تكثر تعقيدات ومضاعفات المرض عند الأميين نظرا لنقص ثقافتهم الصحية، خاصة عند الماكثات بالبيت والمسنين.

الفصـل السادس
التفاعل بين الطبيب والمريض ينمي الوعي الصحي

- تمهيـــد

المبحث الأول: العلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض.

- نص المقابلات مع الأطباء.

المبحث الثاني: التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وتأثيره على الثقافة الصحية.

- نص الإستشارات الطبية.

- إستنتاج الفرضية الأولى.

- تمهيـــد:

يعتبر التفاعل الإجتماعي من أهم المبادئ الأساسية لإقامة العلاقة بين الطبيب والمريض، والتي يبرز فيها كل دور واحد منهما، وذلك من خلال حقوقهما وإلتزاماتما المحددة من طرف المجتمع، والتي تختلف من طرف لآخر. مثلا الطبيب يتوقع من المريض أن يتعاون معه في العملية العلاجية والتحلي بالرغبة في الشفاء، أما المريض فهو يتنبأ من طبيبه أن يجد له حلا لمشكلته الصحية. فنظرا لهذه التوقعات السلوكية تبنى العلاقة بينهما، وهي علاقة غير متكافئة. إذ يحتل فيها الطبيب الصدارة ويمارس القوة والنفوذ في تعامله مع المريض إنطلاقا من مركزه الإجتماعي ومؤهلاته العلمية، بينما المصاب فيكون في موقع الضعف بسبب حالته الصحية.

وقد تفرض الممارسة الطبية على الطبيب الإلتزام بنشر التثقيف الصحي بين المرضى، ونقل تعاليمه بطريقة شعورية أو غير شعورية سواء كان يتقن هذا العمل أو لايتقنه. ومن خلال التفاعل الإجتماعي أثناء الإستشارة الطبية قد يكتسب المريض معرفة صحية حول مرضه، والتي نقصد با إكتساب المعلومات الصحية وتطبيقها في نظام الحياة من خلال سلوكات وممارسات صحية تتماشى مع متطلبات الحياة. وبالتالي فمن مسؤوليات الفرد أن يسعى إلى البحث عن الشفاء لحالته المرضية ويتعاون مع طبيبه بتنفيذ كل نصائحه وإرشاداته.

وإستنادا على ما سبق ذكره، فقد إرتأينا من خلال هذه الدراسة بناء فرضية حول هذا المحور، والتي تتمثل في التفاعل الإجتماعي في النسق الطبي ودوره في إكتساب المريض للثقافة الصحية، حيث لجأنا إلى جمع البيانات من الميدان إنطلاقا من المقابلة مع الأطباء وحضور الإستشارات الطبية. وقد كانت لهذين الوسيلتين أهمية كبرى في رصد نوعية التفاعل بين الطبيب والمريض والعلاقة المتبادلة بينهما.

وفي نفس السياق تضمن هذا الفصل مبحثين، مبحث خاص بالعلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض من خلال نص المقابلات مع الأطباء. والمبحث الآخر يعالج نوعية التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض أثناء الإستشارة الطبية.

المبحث الأول: العلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض.

إن العلاقة الإجتماعية بين الطبيب والمريض هي عبارة عن علاقات ناشئة عن إجتماع الطرفين في العيادة الطبية، وقد يعد الإتصال عنصر هام في عملية التفاعل الإجتماعي وبناء علاقة جيدة طبيب-مريض. وفي هذا الصدد تعددت الإسهامات السوسيولوجية في دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض. إذ ساهم عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في تفسيره للعلاقات الإجتماعية على أساس توقعات الدور لكل من الطبيب والمريض، وقد بنى تصوره إنطلاقا من فكرة الدور الإجتماعي، حيث أن الطبيب هو شخص متخصص له السلطة والنفوذ في علاقته مع المريض، أما هذا الأخير فهو شخص منحرف يكون في موقع الضعف ومرضه عبارة عن سلوك إنحرافي.*

وفي نفس السياق هناك علماء آخرين تطرقوا إلى العلاقة بين الطبيب والمريض أمثال "سوزاس وهولندرSzasz et Hollender"، من إتجاهات أخرى مثلا نموذج المشاركة المتبادلة، نموذج السلبية/ الإيجابية ونموذج الإرشاد/ التعاون. ولقد لقيت هذه المساهمات عدة إنتقادات وهجومات أدت إلى بناء أنماط أخرى من العلاقات. ويمكن القول أن بناء العلاقة بين الطبيب والمريض ترتكز أساسا على عدة عوامل أهمها الثقة، التعاطف، المعاملة الجيدة للمريض، وأيضا إسهام هذا الأخير في الرغبة في البحث عن شفاء لحالته والتعاون مع طبيبه، وإذا تحقق ذلك فإن العلاقة تتسم بالجيدة والمستمرة، خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المزمنة.

وتعتبر العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض متغير فعال ومهم في نشر التثقيف الصحي وزيادة الثقافة الصحية عند الأفراد، حيث أن للطبيب دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المرضى وجعلهم يتعاونون معه. وعلى إثر ذلك، حاولنا من خلال فرضية دراستنا معرفة نوعية العلاقة الإجتماعية بين الطبيب والمريض ودورها في إكتساب المعلومات الصحية. إذ يهتم هذا المبحث بدراسة العلاقة بين الطبيب والمريض وكيفية بنائها من خلال نص المقابلات مع الأطباء على شكل حالات للدراسة.

* لمزيد من المعلومات راجع الفصل الثاني العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى، عنصر إسهام العلماء في دراسة العلاقة طبيب-مريض وبالضبط إسهامات "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دراسة العلاقة طبيب-مريض.

المطلب الأول: عرض الحالة الأولى:

1- نص المقابلة الأولى:

- تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 50 سنة، عزباء، تعمل بمستشفى بني مسوس مصلحة الطب الداخلي، لديها سنتين من الخبرة المهنية.

- العلاقة بين الطبيب والمريض:

لكسب ثقة المريض خاصة مريض داء السكري لا بد من جعل الحوار مفتوحا معه لبناء علاقة إنسانية وأيضا معرفة حالته النفسية، الإجتماعية وظروف معيشته، فنحن كأطباء نعطي للمريض عدة نصائح يتقيد بـا في حياته منها نوضح له مخاطر ومضاعفات المرض، النظام الغذائي المتبع، ممارسة الرياضة، وأيضا تحسيس المريض بكل ما يهمه. ولكننا غالبا ما نجد أن المريض لا ينفذ تعليماتنا ولا يطبقها دائما، فهذا بسبب الفقر وشروط الحياة الصعبة وأيضا الظروف السوسيو- إقتصادية للمريض وحتى مستواه التعليمي، حيث أننا لا نستعمل دائما السلطة في التأثير على المريض بل نكتفي فقط بشرحنا له المرض وأهم المضاعفات والمخاطر الوظيفية.

- الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت الذي أخصصه للمريض هو 30 دقيقة، وهو غير كافي بالنسبة لمريض داء السكري. وبالرغم من ذلك فأنا أعطي الحرية التامة للمريض والوقت الكافي والسماع لكل ما يريد قوله وأحاول الإجابة على أسئلته بطريقة بسيطة وسهلة. فأنا ألجأ إلى التكلم مع المرضى بالدارجة والفرنسية، حسب طريقة الكلام لكل مريض، حيث أن الحوار دائما مفتوحا بيني وبين المريض، وهذا لإعطائه أكبر قدر من المعلومات. وليس فقط الحوار والنقاش يكون مع المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع، وإنما الجميع من المستويات التعليمية. فنجد أن بعض المرضى يجيبون فقط على الأسئلة التي أطرحها عليهم، أما البعض الآخر فيحاول طرح أسئلة ومعرفة حول حالته الصحية، وأيضا حول الدواء. وفي هذا الصدد ليس دائما أصادف مرضى يجدون صعوبة في إستكمال الكلام والحديث معي، وإن وجدت فسبب الصعوبات يرجع إلى الخوف الذي يعانون منه. ونجد أيضا دائما بعض المرضى يتجادلون معنا أثناء تقديمنا لهم النصائح والتعليمات الطبية فدائما يحدث ذلك.

2- تعليق حول الحالة الأولى:

إستنباطا من الحالة السابقة، نرى أن هذه الحالة تعكس لنا معاني كثيرة حول كيفية بناء العلاقة مع المريض، والتي حددها التصور البارسونزي من خلال دور الطبيب، حيث أن الطبيبة هي الفاعل الأساسي في عملية التفاعل الإجتماعي والبادئة بالدور الأقوى والفعال في علاقتها بمرضاها. وذلك عن طريق كسب

ثقة المريض بفتح الحوار معه ومعرفة حالته النفسية، الإجتماعية وحالته الشخصية. ويعني ذلك أن الطبيب يمارس دوره في الجانب الإجتماعي أولا لبداية علاقة إجتماعية كما وصفها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" بأنا علاقة غير متكافئة مبنية على الأدوار الإجتماعية لكل من الطبيب والمريض. ويظهر الجانب الإجتماعي لدور الطبيب من خلال العبارات التالية "لكسب ثقة المريض خاصة مريض داء السكري لا بد من جعل الحوار مفتوحا معه لبناء علاقة إنسانية وأيضا معرفة حالته النفسية والإجتماعية وظروف معيشته". في حين فإن الإلتزام الثاني للطبيبة في هذه الحالة فتمثل في توظيف كل خبراتا، مهاراتا ومعلوماتا في علاج المريض وحل مشاكله، حيث يكون هدف الطبيبة هو رفاهية المريض وتحسين صحته فوق إعتباراتا الشخصية، وهذا ما لمسناه من مقابلة هذه الحالة من خلال العبارات التالية "فنحن كأطباء نعطي للمريض عدة نصائح يتقيد با في حياته منها نصرح للمريض مخاطر ومضاعفات المرض، النظام الغذائي المتبع، ممارسة الرياضة وأيضا تحسيس المريض". ومن خلال ذلك، يظهر دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض وزيادة معارفه لتسيير مرضه بطريقة صحيحة، ويكون الحوار المفتوح وسيلة للسماع والإجابة على كل تساؤلات المرضى بالطريقة السهلة وباللغة التي يستعملها المرضى ومع كل المستويات التعليمية. وهذا بالرغم من ضيق الوقت المخصص لكل مريض.

أما بالنسبة لدور المريض، فقد يكون مكملا لدور الطبيب، حيث أن الطبيب يوظف كل خبراته، معارفه ومهاراته لتنمية الوعي الصحي للمريض. وما يجب على هذا الأخير إلى أن يتعاون مع طبيبه وينفذ كل نصائحه وإرشاداته بشأن العلاج والمحافظة على الحالة الطبيعية.

وفي هذا الصدد نجد من خلال هذه الحالة، أن المرضى لا يلتزمون بواجبهم الذي حدده لهم التصور البارسونزي، وهو رغبة المريض في الشفاء لحالته الطبيعية، فالمريض ليست لديه الرغبة في الشفاء والتعاون مع الطبيب وتنفيذ تعليماته حرفيا. وعليه فإن العلاقة في هذه الحالة هي علاقة سلبية، لا تظهر على أنا علاقة غير متكافئة تماما وإيجابية، لأن الطبيبة من جهتها لا تستعمل السلطة والنفوذ من خلال عملها المهني للتأثير على المريض بل تكتفي فقط بالتأثير عليه بتقديم له معلومات، مخاطر ومضاعفات المرض في حالة عدم التنفيذ. والمريض إذا أحس بأنه لا يخضع إلى المراقبة والسلطة بإستمرار، فإنه لا يتقيد بالإرشادات الطبية. ونتيجة لذلك تتصف العلاقة بأنا ليست بعلاقة المشاركة المتبادلة بين الطرفين نتيجة قلة الوقت الذي تقضيه الطبيبة مع مرضاها. وفي هذا الصدد قد تتخلل العلاقة بين الطرفين صراعات وتوترات، وقد تكون العلاقة مبنية على التشخيص فقط. فحسب هذه الحالة كل من قلة الوقت، الفقر، شروط الحياة المعيشية الصعبة والظروف السوسيو- إقتصادية والمستوى التعليمي للمريض والتي تعتبر عوامل تؤثر في بناء علاقة جيدة بين الطبيب والمريض.

المطلب الثاني: عرض الحالة الثانية:

1- نص المقابلة الثانية:

- **تعريف بالحالة:** طبيبة، تبلغ من العمر 33 سنة، عزباء، تعمل بمصلحة الطب الداخلي مستشفى بني مسوس وخبرتا المهنية في مجال الطب هي 5 سنوات.

- **العلاقة بين الطبيب والمريض:**

إن الخطوات التي أتبعها لكسب ثقة المريض المصاب بداء السكري أو ضغط الدم هي أن أجعل الحوار مفتوح بيني وبينه، ومحاولة معرفة وضعيته الإجتماعية وحتى النفسية لبناء علاقة إنسانية معه وكسب ثقته.
أركز على الإحتياطات والتعليمات الطبيبة لمريض داء السكري خاصة الريجيم (العادات الغذائية)، التمارين الرياضية وتتبع العلاج. وبالرغم من ذلك فأنا ألاحظ أن المرضى لا ينفذون تعليماتنا دائما. وهذا يعود إلى مستواهم المعيشي الفقر وصعوبة الشروط المعيشية، وأيضا العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة. ونسعى للتأثير على المريض فقط بشرح له مضاعفات المرض وأخطاره.

فيما يخص تأثيرنا على المريض لتغيير نمط حياته، فإننا لا نستعمل معه القوة بل نقوم فقط بتخويفه مثلا نقول له لو لا أنك لا تتبع الريجيم سوف تصبح تعالج ب الدياليز...الخ، وهذا تخويفا فقط منا، حيث أن المرضى عندما أقول لهم أني سوف أستبدل لكم الدواء مثلا إستعمال حقن الأنسولين فإنم يرفضون. فأنا أسجل بأن المريض يهمل العلاج.

فإذا كنا واعرات ونستعمل السيطرة ونزقي مع المرضى فإنم يتخلّون عن العلاج ويذهبون ولا يعودون إلى الإستشارة الطبية. كما أنم لا يشربون الدواء، ولهذا السبب لا أستعمل القوة. وأغلبية الأطباء لا يستعملون القوة يكونون دائما ملاح مع المرضى.

إن المستوى التعليمي للمريض له دور في إكتساب المعرفة الصحية لأن أصحاب المستويات التعليمية المرتفعة أكثر وعيا، أقل تاونا ولامبالاة أكثر موضوعية. وأيضا الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض تؤثر على ممارساته الصحية وأنا ضد ممارسة الأعشاب الطبية.

- **الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:**

إن الوقت المخصص لكل مريض يختلف من مريض لآخر، هناك بعض المرضى فإن مدة الإستشارة الطبية مع بعض المرضى تكون 30 دقيقة والبعض 20 دقيقة والبعض 15 دقيقة، وهذا حسب الحالة الصحية للمريض وكذلك فإن أول إستشارة طبية تتطلب أكبر وقت ممكن مقارنة بعدد الإستشارات الطبية الأخرى.

بالإضافة إلى ذلك فإننا نقسم الوقت حسب عدد المرضى المشرفين على علاجهم، فإذا كان عدد كبير من المرضى في اليوم فإننا نقسم هذا الوقت عليهم، كما أن هناك عامل آخر وهو أننا نعمل في

المصلحة بالمستشفى ونشرف على الإستشارات الطبية للمرضى. ففي اليوم الواحد نأتي إلى المصلحة الطبية نقوم بالإستشارة الطبية مثلا في اليوم 8 مرضى، وبعد الإنتهاء من الإستشارة الطبية نذهب إلى المصلحة لدينا أعمال با ومرات نقوم ب La garde وفي الصباح الإستشارة الطبية (نظام الدوام).

أمنح للمريض الوقت الكافي دائما ومرات أحيانا لمعرفة ما يريده والإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة وبسيطة. فأحيانا لا أمنح الوقت الكافي للمريض، وذلك بسبب برنامج العمل.

وأثناء الإستشارة الطبية أستعمل الدارجة وأيضا الدارجة والفرنسية أثناء تعاملي مع المرضى، حيث أن الحوار مفتوح بيني وبين مريض داء السكري وضغط الدم لأن العلاقة طبيب- مريض مبنية على أساس الإتصال والثقة. فالحوار والتحدث مع المرضى المصابين بداء السكري أو ضغط الدم لا تنحصر فقط مع المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع بإستطاعتهم الحوار، فنجد أن هناك بعض المرضى يطرحون أسئلة ويحاولون فهم بعض الأمور حول حالتهم وعملية العلاج. أما بالنسبة للمرضى الذين يتلقون صعوبة في تبادل الحديث معنا فعددهم ضعيف،وقد يكون سبب الصعوبات وجود التوتر، القلق والإضطراب الذي يعاني منه المرضى أثناء الإستشارة الطبية. فأنا أعرفهم جيدا لهذا السبب أنا دائما أتقرب منهم وأتكلم معهم ليشعروا بالراحة والإطمئنان وتكون الثقة. فمن بين المرضى البعض منهم يتجادل معنا خلال تقديم له النصائح. وفي الأخير أرى بأن العوامل والأسباب التي تساعد المصابين بداء السكري بالتمتع بحالة صحية طبيعية هي التكفل بم من ناحية الضمان والحماية الإجتماعية وتسهيل لهم المهمة، تحسين مستوى المعيشة، وتغيير نمط حياتم غير الصحي.

2- تعليق حول الحالة الثانية:

نستشف من خلال الحالة الثانية، أن دور الطبيب يظهر بوضوح من خلال المقابلة ويتمثل هذا الدور في الجانب النفسي لكسب ثقة الفرد، وهو مرحلة لجذب المريض وإهتمامه بالطبيب والتعاون معه، وهو جانب إنساني. إذ تبدأ العلاقة من طرف الطبيبة التي يفترض عليها خلق الحوار والنقاش لبناء علاقة مع المريض والمرضى بصفة عامة. وهذا ما لمسناه من تصريح هذه الطبيبة من خلال العبارات التالية "إن الخطوات التي أتبعها لكسب ثقة المريض المصاب بمرض السكري أو ضغط الدم هي أن أجعل الحوار مفتوح بيني وبينه، ومحاولة معرفة وضعيته الإجتماعية وحتى النفسية لبناء علاقة إنسانية معه ولكسب ثقته". هذا فيما يخص الجانب الإنساني من دور الطبيب.

أما الجانب الثاني من دوره الإجتماعي، وهو واجبه في نشر التثقيف الصحي وتوعية المرضى سواء كان يتقن هذا العمل أو لا يتقنه، فقد ظهر هذا الواجب عند هذه الحالة من خلال العبارات التالية "أركز على الإحتياطات والتعليمات الطبية لمريض داء السكري خاصة الريجيم (العادات الغذائية)، التمارين الرياضية وتتبع العلاج". "نسعى للتأثير على المريض فقط بشرح له". وقد لا تظهر السلطة والنفوذ في تعامل

الطبيبة مع المريض في هذه الحالة كما وضحها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في معالجته لدور الطبيب وفي العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تكون علاقة غير متكافئة. وحسب هذه الحالة دور الطبيب وإستعمال السلطة يؤدي إلى نتائج سلبية في العلاج، وهذا ما ذكرته لنا هذه الطبيبة من خلال العبارات التالية" فإذا كنا واعرات ونستعمل السيطرة ونزقي مع المرضى فإنم يتخلون عن العلاج ويذهبون ولا يعودون إلى الإستشارة الطبية. كما أنم لا يشربون الدواء، ولهذا السبب لا أستعمل القوة، وأغلبية الأطباء لا يستعملون القوة يكونون دائما ملاح مع المرضى". ومن خلال ذلك، يظهر دور الطبيب الذي هو إحداث ضبط إجتماعي بمعالجة الإنحراف أوالمرض من جهة. ومن جهة أخرى عدم إحداث صراع مع المريض.

إن التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض حسب الطبيبة تتدخل فيه عدة عوامل منها مشكل الوقت والأعمال الإضافية التي يقوم با الطبيب إلى جانب إشرافه على الإستشارة الطبية. فالحوار والإتصال بينها وبين مرضاها يتحكم فيه الوقت وبرنامج العمل المكثف إلى جانب كثرة المرضى. وحسب هذه الحالة يظهر دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي ونشر التثقيف الصحي من خلال فتح الحوار بالرغم من الوقت غير الكافي لطرح أسئلة وإكتساب معرفة وفهم حول المرض، حيث أن عوائق إكتساب المعرفة تبرزها الطبيبة من خلال المستوى التعليمي، الوضعية السوسيو-إقتصادية للمريض وإستعمال الأعشاب الطبية لعلاج مرضه المزمن.

فمن خلال تصريح الطبيبة، تظهر أهمية المستوى التعليمي، الوضع السوسيو-إقتصادي والوضع النفسي للمريض من توتر، قلق وإضطراب في بناء علاقة طبيب-مريض. والتي تظهرها الطبيبة على أساس الثقة والإتصال. وقد يظهر ذلك من خلال العبارات التالية "بالنسبة للمرضى الذين يتلقون صعوبة في الحديث معنا، فعددهم ضعيف ويعود السبب في ذلك إلى التوتر، القلق والإضطراب الذي يعاني منه المرضى أثناء الإستشارة الطبية فأنا أعرفهم جيدا لهذا السبب أنا دائما أتقرب منهم وأتكلم معهم ليشعروا بالراحة والإطمئنان وتكون الثقة".

إن دور المريض في أغلب الأحيان حسب هذه الحالة يظهر دور سلبي من خلال عدم إلتزام المريض بالتعاون مع الطبيب وعدم تنفيذ النصائح الطبية. وفي هذه الحالة عدم توفر الوعي الصحي ينتج عنه عدم التكيف في النسق الطبي بين وظائفه. وهنا العلاقة بين الطبيب والمريض ليست بعلاقة المشاركة المتبادلة التي غالبا ما تكون بين الطبيب والمريض المصاب بمرض مزمن. وذلك نتيجة تأثير العوامل الإجتماعية على الصحة حسب تصريح الطبيبة الذي يظهر من خلال الجمل التالية: "فأنا ألاحظ أن المرضى لا ينفذون تعليماتنا دائما، وهذا يعود إلى مستواهم المعيشي الفقر وصعوبة المعيشة وأيضا العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة".

وخلاصة القول، هي أن ملامح العلاقة بين الطبيب والمريض تظهر عند هذه الحالة التي تحاول بناء تفاعل إجتماعي إيجابي مع مرضاها للقيام بدورها التثقيفي.

المطلب الثالث: عرض الحالة الثالثة:

تعريف بالحالة: طبيبة، 33 سنة، متزوجـة، تعمل بمستشفى بني مسوس، مصلحـة الطب الداخلي، مدة 6 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة الثالثة:

العلاقة بين الطبيب والمريض:

لجعل المريض يثق فينا نلجأ إلى فتح الحوار معه، ببناء علاقة إنسانية معه ومعرفة وضعيته الإجتماعية وكل ما يتعلق بحياته النفسية والإجتماعية، حيث نلجأ بعد ذلك إلى تقديم له جملة من النصائح والإرشادات الطبية والتعليمات أهمها شرح له مخاطر المرض، المضاعفات والتأثيرات الثانوية للعلاج. وفي هذه الحالة فإن المرضى لا ينفذون تعليماتنا دائما بسبب الفقر وشروط الحياة الصعبة وغياب الوعي الصحي. وتأثيرنا على المريض المصاب بمرض مزمن لتغيير نمط حياته وسلوكاته إلى سلوكات صحية سليمة هي شرح له المضاعفات التي تزيد من تفاقم المرض، فنحن لا نستعمل القوة والسلطة. إذ أن المستوى التعليمي يلعب دور لكسب المعلومات الصحية وحتى أن الوضع السوسيو- إقتصادي للمريض يؤثر على سلوكاته وممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المستغرق أثناء الإستشارة الطبية هو نصف ساعة 30 دقيقة. وهذا الوقت غير كافي بالنسبة لمريض مرض مزمن داء السكري، ضغط الدم أو القلب. وبالرغم من ذلك نعطي للمريض الوقت الكافي لسماع ما يريد معرفته ومحاولة منا الإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة وبسيطة وواضحة، حيث ألجأ إلى التكلم بالدارجة والفرنسية في نفس الوقت. فالحوار والتحدث ليس دائما مفتوحا بيني وبين المريض أثناء الإستشارة الطبية. ففئة المرضى الأكثر تعليما ليسوا هم بالضرورة أكثر إستطاعة في الحوار. فنجد أن بعض المرضى يطرحون أسئلة حول مرضهم ويريدون معرفة وشرح عن حالتهم المرضية والعلاج.

ونجد أن من بين المرضى المصابين بالأمراض المزمنة داء السكري، ضغط الدم والقلب يتلقون صعوبة في التحدث ومبادلة الحديث معنا أثناء الإستشارة الطبية، وهذا بسبب القلق والتوتر.

فأثناء الإستشارة الطبية ألاحظ أن بعض المرضى المصابين بالأمراض المزمنة داء السكري، ضغط الدم والقلب أثناء تقديم لهم النصائح الطبية يتناقشون معنا.

وأخيرا نرى بأن العوامل والأسباب التي تساعد المريض على تحسن حالته المرضية ليصبح في حالة طبيعية هي رفع مستواه المعيشي، السوسيو- إقتصادي خاصة الدخل ومستوى المعيشة.

2- تعليق حول الحالة:

نستشف من خلال الحالة السابقة، بأن ملامح بناء العلاقة طبيب-مريض من مسؤولية الطبيبة بنائها ودورها يفرض ذلك من خلال عبارات "فتح الحوار" "بناء علاقة إنسانية" "معرفة وضعيته الإجتماعية وكل ما يتعلق بحياته النفسية والإجتماعية". فهذه العبارات تدل على إلتزامات الطبيبة. هذا فيما يخص الجانب النفسي والإجتماعي لبناء علاقة إنسانية.

أما الجانب المعرفي ونشر التثقيف الصحي وهو إلتزام وواجب يقوم به الطبيب ظهر في هذه الحالة، وقد تمثل في توعية المرضى صحيا بتقديم معلومات حول المرض ومخاطره. وذلك من خلال العبارات التالية "شرح له مخاطر المرض"، "المضاعفات"، "التأثيرات الثانوية للعلاج". فهذه العملية التوعوية ظهرت لدى هذه الحالة، والتي إعتبر فيها الحوار والإتصال وسيطين لقيام العلاقة بين الطبيبة ومرضاها. وذلك من خلال إعطاء المريض الوقت الكافي لطرح إنشغالاته والإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة. وقد إنعدم فتح الحوار في هذه المقابلة نتيجة ضيق الوقت وكثرة المرضى. وقد يكون قلق المرضى وتوترهم سببا في تبادل الحديث. وفي هذه الحالة لا تظهر السلطة والنفوذ في دور الطبيبة. أما دور المريض غير واضح بإستمرار في العلاقة بين الطبيبة ومرضاها، وذلك نتيجة عدم تنفيذهم للنصائح الطبية دائما، قلقهم وتوترهم أثناء التفاعل والذي أرجعت أسبابه هذه الطبيبة إلى الظروف المعيشية الصعبة، غياب الوعي الصحي والمستوى التعليمي. ومن خلال ذلك، يمكن القول بأن دور المريض تحدده عدة متغيرات، وهي متغيرات يفرضها الواقع المعاش.

المطلب الرابع: عرض الحالة الرابعة:

تعريف بالحالة: طبيب، سنه 33 سنة، متزوج، طبيب مختص في الطب الداخلي، يعمل بمستشفى بني مسوس بصلحة الطب الداخلي، مدة 6 سنوات خبرة مهنية.

1- نص المقابلة الرابعة:

العلاقة بين الطبيب والمريض:

إن كل من فتح الحوار دائما مع المرضى وبناء علاقة إنسانية ومعرفة الوضعية السوسيو- نفسية للمريض هي عوامل تساعد على كسب ثقة المريض، فغالبا ما نلجأ إلى ذلك لكسب ثقة المريض المصاب بداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث تقدم له النصائح الطبية المتمثلة في الريجيم وشرحه، نظافة الحياة وأيضا الرياضة والمشي. وبالرغم من ذلك فإن المرضى لا يطبقون ولا ينفذون النصائح التي نقدمها لهم، وهذا راجع إلى الفقر، شروط الحياة الصعبة و غياب وعيهم الصحي. وتأثيرنا عليهم بتنفيذ النصائح يكون عن طريق المسؤولية، تحميلهم المسؤولية وأيضا تخويفهم، حيث نستعمل السلطة والقوة للتأثير عليهم قصد تغيير نمط حياتم. وفي هذه الحالة نجد أن المستوى التعليمي يلعب دورا في إكتساب المعلومات الصحية،

وهذا بسبب درجة الوعي. وأن حتى الوضعية السوسيو-إقتصادية لمريض داء السكري أو ضغط الدم أو القلب تؤثر في سلوكاته وممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

تقدر المدة المستغرقة أثناء الإستشارة الطبية بـ 30 دقيقة، وهو وقت كافي بالنسبة للإستشارة الطبية، حيث أمنح دائما الوقت الكافي للمريض المصاب بمرض مزمن لمحاولة سماعه والإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة، حيث أستعمل معهم الدارجة والفرنسية في آن واحد في الحوار والنقاش، والذي يكون دائما مفتوحا بيني وبينهم خلال الإستشارة الطبية، لأن المعلومات الطبية والإستجواب يتجدد، لا بد من التجديد.

وفي هذا الإطار المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع لديهم إستعداد أكبر وإستطاعة في الإتصال معي، وهذا راجع إلى التعبير الواضح لإنشغالاتم وأعراضهم المرضية. فنجد أن بعض المرضى المصابين بداء السكري، ضغط الدم والقلب يحاولون طرح أسئلة ومحاولة معرفة الأمور الصحية وكيفية العلاج. فنجد أن بعض المرضى يتلقون صعوبة أثناء الحديث معنا والتعبير عن مشاعرهم وأعراضهم المرضية، وهذا راجع إلى القلق. فبعض المرضى يتناقشون ويتجادلون معنا أثناء تقديم النصائح والإرشادات الطبية.

ويمكن القول أن العوامل التي تساعد المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم أو القلب ليصبح في حالة طبيعية معتدلة هي قواعد حفظ الصحة، الحمية الغذائية، تجنب بأكبر قدر القلق والتوجه إلى طبيب نفسي.

2- مناقشة حول الحالة السابقة:

نستخلص من خلال الحالة الرابعة أن دور الطبيب ظهر بشكل واضح من خطابه، وكان متمثلا دوره في إلتزامه وواجبه في نشر التثقيف الصحي وتنمية الوعي الصحي لدى المريض، وهذا عن طريق تقديم لهذا الأخير أهم النصائح والتعليمات الطبية المفروض عليه إتباعها. وتأتي هذه المرحلة بعد المراحل الأولى التي يقوم با الطبيب في بناء العلاقة مع المريض وهي كسب ثقته لضمان تعاون متبادل ومشترك بين الطرفين. ولقد أوضحت هذه الحالة بأن الوقت لا يمثل عائقا من عوائق بناء علاقة مع المريض والتفاعل أثناء الإستشارة الطبية، لأنه يخصص وقت كافي للمريض لفتح الحوار ومناقشة القضايا الصحية معه. فالحوار دائما مفتوحا لكسب المريض أكبر قدر من المعلومات الصحية، ويظهر الطبيب مفهوم جديد وهو أن "المعلومات الصحية تتجدد لا بد من التجديد". وبالتالي يمكننا القول بأن كثرة الإستجواب وتقديم المعلومات سمة من سمات نشر التثقيف الصحي. وقد إعتبر الطبيب بأن العوامل التي تؤثر في علاقته مع المريض هي مشكل المستوى التعليمي. ويظهر ذلك من خلال عبارات الطبيب "المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع لديهم إستعداد أكبر وإستطاعة في الإتصال معي، وهذا راجع إلى التعبير الواضح لإنشغالاتم وأعراضهم المرضية". وتعتبر أيضا الأمراض النفسية أحد العوامل المؤثرة في العلاقة طبيب-مريض والتي

ظهرت في تصريح الطبيب "بعض المرضى يتلقون صعوبة في الحديث معنا والتعبير عن مشاعرهم وأعراضهم المرضية، وهذا راجع للقلق". ومن خلال دور الطبيب، نطرح السؤال التالي، هل ظهر دور المريض في هذه الحالة، وهل يوجد التعاون بين الطبيب ومرضاه؟

إن دور المريض والمتمثل بالدرجة الأولى في الرغبة في التعاون مع الطبيب، ظهر عكس ذلك في هذه الحالة، إذ أن المريض ليست لديه الرغبة في تنفيذ نصائح الطبيب وعدم التعاون معه.

وفي هذه الحالة، نجد دور إيجابي من طرف الطبيب ودور سلبي من طرف المريض الذي لا ينفذ تعليمات طبيبه. ومن خلال تصريح الطبيب سلطته ونفوذه المهني يظهران من خلال تحميل المريض مسؤولية أفعاله وتخويفه فقط لتغيير نمط حياته وسلوكاته غير الصحية، أي أن الطبيب يحدد واجب المريض من خلال مسؤوليته في تحمل نتائج أفعاله.

ومن خلال خطاب الطبيب، التعاون طبيب-مريض تحكمه وتحدده عدة عوامل ذكرها الطبيب في العبارات التالية الدالة عن علاقة الظروف السوسيو- إقتصادية بالواقع الصحي، وهذه العبارات هي "الفقر، شروط الحياة الصعبة وغياب الوعي الصحي".

المطلب الخامس: عرض الحالة الخامسة:

تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 25 سنة، عزباء، لديها 5 سنوات خبرة مهنية بمصلحة الطب الداخلي مستشفى بني مسوس.

1 - نص المقابلة الخامسة:

العلاقة بين الطبيب والمريض:

لكسب ثقة المريض لا بد من جعل الحوار مفتوح معه وبناء علاقة إنسانية سليمة معه، إلى جانب معرفة وضعيته السوسيو- نفسية. فنحن نسعى إلى تزويده بالمعرفة الصحية وتقديم له التعليمات والنصائح الطبية المتمثلة في كيفية حفظ الصحة، مراقبة وتتبع العلاج والإستشارات الطبية. فالمرضى ليس دائما ينفذون تعليماتنا الطبية بسبب الفقر، المستوى المعيشي المنخفض، صعوبة شروط الحياة وغياب الوعي الصحي. أما بالنسبة لكيفية تأثيرنا في المريض المصاب بمرض مزمن داء السكري أو ضغط الدم لتغيير نمط حياته، فإننا نسعى إلى شرح له كيفية تطور المرض وعلاجه. فأنا أستخدم السلطة والقوة على المريض لتتبع نصائحي وتغيير نمط حياته. فالمستوى التعليمي يؤثر على إكتساب المعلومات الصحية لأنه مستوى الوعي وأيضا أن الوضعية السوسيو-إقتصادية للمريض تؤثر في ممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

يحدد الوقت الذي أقضيه مع المريض المصاب بداء السكـري، ضغط الدم أثناء الإستشارة الطبيـة بـ 15 دقيقة، وهو بالنسبة لي وقت غير كافي. وبالرغم من ذلك أمنح الوقت الكافي للمريض وأحاول

سماع كل إنشغالاته والإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة، بسيطة وواضحة. فأنا أستعمل الدارجة والفرنسية أثناء التحدث مع المريض في الإستشارة الطبية، حيث أن الحوار والنقاش بيني وبينه مفتوح، وهذا لبناء أحسن علاقة والإجابة على كل توقعاته وما ينتظر. فنجد أن المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر نقاشا وحوار أثناء الإستشارة الطبية، حيث أجيب على كل إنشغالاتم. فالبعض من المرضى يطرحون أسئلة وينتظرون معرفة حول وضعية حالتهم الصحية والعلاج. البعض الآخر من المرضى يتلقون صعوبة في الحديث والحوار معنا أثناء الإستشارة الطبية. والنوع الثالث من المرضى يتناقشون معي حول النصائح الطبية التي أقدمها لهم أثناء الإستشارة الطبية. ويمكن القول أن بناء أحسن علاقة طبيب- مريض وتتبع العلاج وملاحظته، كلها عوامل تؤثر في محافظة المريض على حالته الصحية.

2- تعقيب حول الحالة الخامسة:

تظهر ملامح العلاقة طبيب-مريض في هذه الحالة من خلال الجانب الإنساني الذي تلجأ إليه الطبيبة عن طريق كسب ثقة المريض، معرفة وضعيته النفسية والإجتماعية وفتح الحوار معه. ويمكن القول بأن المريض إذا أحس بأن الطبيب يهتم به كإنسان يساعد ذلك كثيرا في بناء علاقة بين الطرفين، والتي تكون مبنية على الصراحة والثقة المتبادلة حتى ولو كانت تسودها مشاركة غير متبادلة.

ومن خلال الملامح الأولى للتفاعل يظهر دور الطبيبة في مجال التثقيف الصحي من خلال تصريحاتا، إذ تقول "نحن نسعى إلى تزويد المريض بالمعرفة الصحية وتقديم له التعليمات والنصائح الطبية المتمثلة في كيفية الحفاظ على الصحة، مراقبة وتتبع العلاج والإستشارات". فإنطلاقا من هذا القول الطبيب يقوم بدور هام يتمثل في الجانب التثقيفي الذي تربطه الطبيبة بالمجهودات المبذولة لتنمية الوعي الصحي. والذي يحكمه عامل الوقت. إذ تؤكد الطبيبة على أنه "بالنسبة لي الوقت غير كافي". ونتيجة لذلك فإن أخلاقيات المهنة تفرض ذلك. وقد يظهر سعي الطبيبة في تنمية الوعي الصحي لدى المريض من خلال تصريحها، حيث تقول "بالنسبة لي الوقت غير كافي، وبالرغم من ذلك أمنح الوقت الكافي للمريض وأحاول سماع كل إنشغالاته والإجابة على كل تساؤلاته بطريقة سهلة بسيطة وواضحة". ويمكن القول بأن من السمات التي تنمي الوعي الصحي لدى المريض فتح الحوار والنقاش. ويقابل ذلك بروز مفهوم توقعات الدور لكلا الطرفين والتي تطرق إليها التصور البارسونزي. إذ أن المريض يتوقع سلوكا معينا من طبيبه وهذا الأخير يتوقع من مريضه التعاون معه. ففي هذه الحالة تتضح توقعات المريض، حيث تقول "الحوار والنقاش بيني وبين المريض مفتوح، وهذا لبناء علاقة بيني وبينه والإجابة على كل توقعاته وما ينتظر". في هذا السياق، فإن أهم العوامل التي تحكم هذه العلاقة هي المستوى التعليمي للمريض، حسب عبارات الطبيبة، حيث أن "المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر نقاشا وحوار أثناء الإستشارة الطبية".

وكما هو متوقع من الطبيب أن يسلك سلوكا معينا في تعامله مع المريض، فإن على هذا الأخير أن يتعاون مع طبيبه من خلال تنفيذ تعليماته الطبية. ففي هذه الحالة قد لا يظهر دائما مع المرضى، فمع بعض المرضى يظهر التعاون الجاد والرغبة في تنفيذ التعليمات، والعكس مع المرضى الآخرين لا يتعاونون مع الطبيبة، حيث ترجعها إلى ظروف المريض منها الفقر، المستوى المعيشي المنخفض، صعوبة شروط الحياة وأيضا غياب الوعي الصحي. ولهذا تظهر العلاقة الواضحة بين العوامل الإجتماعية، الإقتصادية والشخصية للمريض وتفاعله مع الطبيب وبناء علاقة المشاركة المتبادلة.

المطلب السادس: عرض الحالة السادسة:

تعريف بالحالة: طبيبة، سنها 26 سنة، متزوجة، تعمل بمصلحة الطب الداخلي مستشفى بني مسوس، لديها 5 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة السادسة:

العلاقة بين الطبيب والمريض:

إن كسب ثقة المريض تعتمد أولا على فتح الحوار مع المريض وبناء علاقة إنسانية معه، إلى جانب معرفة وضعيته السوسيو- نفسية. فنحن نلجأ إلى تقديم النصائح والإرشادات الطبية للمريض والمتمثلة في كيفية محافظته على الصحة، الريجيم، تتبع العلاج بطريقة أحسن وأخيرا ممارسة التمارين الرياضية. فالمرضى لا ينفذون نصائحنا وتعليماتنا الطبية، وهذا بسبب الفقر وصعوبة الحياة المعيشية إلى جانب العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة، فنحن نحاول التأثير على المريض لتغيير نمط حياته عن طريق محاولة جعله يفهم مرضه، المضاعفات الطويلة الأمد في حالة عدم تتبع العلاج والنصائح، فنحن لا نستعمل معهم القوة والسلطة. فالمستوى التعليمي يلعب دورا في إكتساب المعلومات الصحية، فالمرضى الأكثر تعليما يتابعون نصائحنا الطبية، ونجد أن الوضعية السوسيو- إقتصادية تؤثر في الممارسات الصحية للمرضى.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المحدد لكل مريض مصاب بمرض مزمن داء السكري، ضغط الدم للإستشارة هو 20 دقيقة، وهو وقت كافي، حيث أمنح كل الوقت للمريض ومحاولة منا سماعه والإجابة على كل تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة، حيث أن اللغة المستعملة هي الدارجة، فالحوار والنقاش بيني وبين المريض ليس دائما مفتوحا، فذوي المستويات التعليمية المرتفعة أكثر إستطاعة في الإتصال، وهذا يعود إلى وعيهم الصحي. ويوجد بعض المرضى يطرحون أسئلة ومحاولة معرفة الإجابة على حالتهم الصحية وعلى العلاج. فبعض المرضى أحيانا يتلقون صعوبة في متابعة الحديث والنقاش. والبعض من المرضى يتناقشون ويتجادلون معنا أحيانا أثناء تقديم لهم أهم الإرشادات الصحية الواجب تتبعها في نظام حياتم. حسب رأينا فإن أهم العوامل

التي تساعد المريض على حفاظه على حالته الطبيعية هي العلاقة طبيب- مريض لا بد أن تكون إيجابية وحسنة وأيضا تتبع النصائح الطبية.

2- ملاحظات حول الحالة السادسة:

تحليلا لخطاب الطبيبة، نستنتج بأن لها دور إنساني ودور طبي تقوم به في عملها اليومي، ويظهر دورها الإنساني من خلال تعاملها مع المرضى وبناء علاقة إنسانية معهم، وليس إعتبار المريض فقط هيكل مرضي دون أي روح ومشاعر. وله آدميته يفترض التعامل معه بطريقة سليمة، لأن المريض حساس. وقد إتضح هذا الدور من خلال عبارات الحالة "كسب ثقة المريض تعتمد أولا على فتح الحوار مع المريض وبناء علاقة إنسانية معه إلى جانب معرفة وضعيتـه السوسيو-نفسية". فمن خلال هذه العبارات يظهر واجب الطبيب الإنساني. إلى جانب الدور السابق للطبيب، هناك دور آخر له وهو دور طبي متمثل في العلاج والكشف، ولا ينتهي عند هذا الحد فقط، بل يتعدى ذلك ليشمل الجانب التثقيفي. وقد ظهر هذا الجانب في تصريح هذه الحالة، وذلك بتوعية المرضى وتقديم لهم النصائح والإرشادات الطبيبة. ويرتبط هذا الدور بعامل الوقت المخصص للإستشارة الطبية والتي إعتبرته الطبيبة حسبها بأنه 20 دقيقة وقت كافي. وفي هذا الصدد يعتبر الحوار والنقاش عاملين فعالين في تنمية ثقافة المريض صحيا من خلال تزويده بالمعلومات الصحية. ففي هذه الحالة الطبيبة تبرز بأن "الحوار والنقاش بينها وبين المريض ليس دائما مفتوحا" بالرغم من أنا تقول "أمنح كل الوقت للمريض ومحاولة منا سماعه والإجابة على كل تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة، حيث أن اللغة المستعملة هي الدارجة". ويعني ذلك أن الطبيبة تتحكم في التفاعل الإجتماعي وغالبا ما يكون تفاعل سلبي بالدرجة الأولى. وهذا راجع إلى عدم تعاون بعض المرضى معها.

وفي هذا السياق، التفاعل تحكمه عدة عوامل تطرقت إليها الطبيبة تمثل في المستوى التعليمي من خلال قولها "فذوي المستويات التعليمية المرتفعة أكثر إستطاعة في الإتصال وهذا يعود إلى وعيهم الصحي".

أما بالنسبة لدور المريض، والذي يحدد من خلال إلتزام المريض بالتعاون مع الطبيب وتنفيذ نصائحه، إرشاداته وتعليماته الطبية، نجد في هذه الحالة غياب هذا التعاون عدم تنفيذ النصائح والتي ترجعه الطبيبة إلى "الفقر، صعوبة الحياة المعيشية، العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة". وتؤكد الطبيبة على أن العوامل التي تجعل المريض يحافظ على صحته الطبيعية هي "العلاقة طبيب-مريض لا بد أن تكون إيجابية وحسنة وأيضا تتبع النصائح الطبية". وأمام هذا التناقض والصراع الواضح من خلال تصريح الطبيبة بين دورها ودور المريض وعدم وجود علاقة المشاركة المتبادلة والإيجابية بين الطرفين، يقع الطبيب في صراع وتوتر في علاقته هذه مع المريض الذي لا ينفذ تعليماته. فمن خلال هذه المقابلة، الطبيبة لا تلجأ إلى السلطة والنفوذ المهني التي حددها لها المجتمع للتأثير على المريض وإرغامه على تنفيذ نصائحها وتعليماتا الطبية ولو بنسبة ضئيلة. وقد يتمثل التأثير فقط حسب قولها في "محاولة جعل المريض يفهم مرضه، المضاعفات الطويلة الأمد في حالة

عدم تتبع العلاج والنصائح". وقد ترجع الطبيبة عدم تتبع المريض النصائح الطبية إلى سبب الفقر وصعوبة الحياة المعيشية التي تعيق من هذا التعاون.

وكخلاصة لما سبق، يمكن القول أنه بالرغم من الهودات التي يبذلها الطبيب في دوره الإجتماعي والتثقيفي، فإن مجهوداته تذهب سدا، لأن بعض المرضى لا يتقيدون با في نظام حياتم بسبب عدة عوامل أهمها حسب تصريح الطبيبة، الفقر، المستوى التعليمي المنخفض، العادات والتقاليد...الخ. وهذا كله راجع إلى إنعدام الوعي الصحي لدى المريض وإنعدام ثقافته الصحية والتي ينجر عنها عدم التكيف وعدم إنجاز الأهداف المسطرة في النسق الطبي.

المطلب السابع: عرض الحالة السابعة:

تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 43 سنة، متزوجة، تخصص طب داخلي، تعمل بمستشفى بني مسوس الطب الداخلي، لديها خبرة مهنية تقدر بـ 13 سنة.

1 - نص المقابلة السابعة:

العلاقة طبيب- مريض:

لكسب ثقة المريض لا بد من فتح الحوار معه ومعرفة وضعيته الإجتماعية والنفسية، وذلك لبناء علاقة إنسانية سليمة معه. فنحن كأطباء نلجأ إلى تقديم نصائح وإرشادات للمريض وعلى الأخير تتبع على الأقل النصائح التي يقدمها له طبيبه المعالج. فالمرضى لا ينفذون تعليماتنا ونصائحنا الطبية، وذلك بسبب صعوبة الحياة المعيشية، الفقر ونقص الوعي الصحي. فنحن نسعى إلى التأثير على المريض لتغيير نمط حياته بفضل شرحنا له المخاطر والمضاعفات الناتجة عن المرض المزمن، حيث أننا لا نستعمل القوة والسلطة.

إن المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا في إكتساب المعلومات الصحية، فالحوار طبيب- مريض أكثر وضوحا. ونجد أيضا أن الوضعية السوسيو-إقتصادية للمريض تؤثر على الممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المخصص للإستشارة الطبية لمريض واحد يقدر بـ 20 دقيقة، فأنا أمنح للمريض الوقت الكافي لطرح إنشغالاته وسماعها ومحاولة الإجابة على تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة. فأستعمل الدارجة والفرنسية. فالحوار والنقاش دائما مفتوح بيني وبين المريض، وهذا لإعطائه أكثر معلومات وإكتسابا من طرفه. فذوي المستويات التعليمية المرتفعة يجدون سهولة في الإتصال معنا. فنجد أن بعض المرضى المشرفة عليهم يحاولون طرح أسئلة وإنتظار شرح حول حالتهم الصحية وعلى العلاج، فهم لا يكتفون فقط بالإجابة على تساؤلاتنا. ونجد أن بعض المرضى أحيانا يتلقون صعوبة في تبادل الحديث معنا. وأيضا أن البعض الآخرين من المرضى لا يتناقشون معنا في حالة تقديم لهم النصح والإرشاد الطبي.

إن كل من تتبع نصائح الطبيب المعالج، أخذ الدواء (العلاج) بطريقة جيدة وطلب نصائح وتوجيهات هي عوامل تساعد المريض على الحفاظ على صحته الطبيعية.

2- تعقيب حول الحالة السابعة:

نستخلص من دراسة الحالة السابقة، بأن دور الطبيب تمثل في الكفاءة المهنية وفي الدور المهني والإنساني. وذلك من خلال بناء علاقة إنسانية لا عاطفية مع المريض، حيث أن نجاعة الدور المهني تتطلب أو ترتبط بالدور الإنساني. فهدف الطبيب وغايته هي راحة المريض قبل مصالحه الشخصية. وقد أكدت العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال تصريح وعبارات الطبيبة "بناء علاقة إنسانية معه". ويعتبر الحوار والنقاش وسيط فعال في هذه العلاقة. إذ لا ينتهي دور الطبيب عند هذا الحد، بل يتعداه ليشمل الدور التثقيفي قصد توعية المرضى صحيا من خلال تقديم النصائح والإرشادات الطبية. وإعتبرت الطبيبة أن الحوار المفتوح مع المريض ينمي وعيه الصحي من خلال عباراتا "لإعطاء أكثر معلومات وإكتسابا من طرف المريض". ولقد أوضحت هذه الحالة أن هناك عوامل تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض وإكتساب الثقافة الصحية، منها المستوى التعليمي بإعتباره عامل فعال في هذه العملية من خلال عبارات "ذوي المستويات التعليمية المرتفعة يجدون سهولة في الإتصال معنا". ونظرا للدور الإجتماعي الذي يقوم به الطبيب يفترض أن يقابله دور إجتماعي للمريض يكون مكملا للدور الأول، وهذا ما لم نلاحظه في خطاب الحالة، والتي نستشف من خطابا غياب دور المريض الذي تمثل في الفشل في تتبع نصائح الطبيب وتعليماته الطبية. وعليه تتجلى من خلال هذه الحالة المعوقات الوظيفية للنسق الطبي والمتمثلة في معوق التكيف أي عدم التكيف. وأيضا معوق إنجاز الهدف في النسق الطبي، وذلك من خلال عدم تنفيذ المريض للإرشادات الطبية، إنعدام رغبته في التعاون مع طبيبه المشرف على علاجه، وبالتالي من أهم الواجبات التي ذكرها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دور المريض والمتمثلة في رغبته في البحث عن شفاء لحالته، هذا الواجب غائب في هذه الحالة، والتي أرجعتها الطبيبة إلى عدة عوامل أهمها "صعوبة الحياة المعيشية والفقر ونقص الوعي الصحي لدى المريض". وعليه يمكن إستنباط ملاحظة هامة جدا من هذه الحالة، وهي أن العلاقة طبيب-مريض هي علاقة ليست بعلاقة المشاركة المتبادلة، وهي علاقة إجتماعية تسودها توترات وتناقضات نتيجة عدم تعاون المريض مع الطبيب.

المطلب الثامن: عرض الحالة الثامنة:

تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 55 سنة، متزوجة، تعمل بمصلحة الطب الداخلي مستشفى بني مسوس، لديها 30 سنة خبرة مهنية في المال الطبي.

العلاقة طبيب- مريض:

إن كسب ثقة المريض تتطلب فتح الحوار مع هذا الأخير، محاولة منا معرفة حياته الشخصية، الوضعية

النفسية والإجتماعية له، وهذا لبناء علاقة إنسانية سليمة مع المريض.

إن أهم الإحتياطات والتعليمات الطبية التي نقدمها للمريض هي إتباع النظام الغذائي، المتابعة المنتظمة للرقابة الطبية وتتبع الحالة المرضية جيدا عن طريق الملاحظة المستمرة لنسبة السكر في الدم. وبالرغم من النصائح التي نقدمها للمرضى، فإنم لا ينفذون تعليماتنا الطبية دائما بسبب الفقر وغياب الوعي الصحي. وفي هذا الصدد تأثيرنا على المرضى غير المنفذين لنصائحنا يتمثل في تخصيص لهم وقت لشرح مضاعفات المرض والنتائج الخطيرة المحتملة من عدم التنفيذ وعدم التكفل وتسيير المرض بشكل جيد. وعليه لا نستعمل السلطة والنفوذ المهني. وغالبا ما يكون المستوى التعليمي له أثر في التعاون معنا وإكتساب المعلومات الصحية لأن وعيهم الصحي مرتفع وهم أكثر معرفة بالأمور الصحية. وفي هذا الصدد حتى الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية للمريض تؤثر في ممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المخصص للإستشارة الطبية لكل مريض هو أكثر من 30 دقيقة خاصة في الإستشارة الطبية الأولى، وهو وقت غير كافي لأن المريض المصاب بمرض مزمن يحتاج إلى تثقيف صحي مستمر وإلى محاولة تغيير بعض أفكاره ومعتقداته غير الصحية، وهذا يتطلب وقت معتبر. وبالرغم من ذلك فأنا أمنح المريض الوقت الكافي وأستعمل معه الدارجة والفرنسية في آن واحد، لأن تعليمنا الطبي هو السبب في ذلك. فالحوار والنقاش دائما مفتوح بيني وبين المرضى وهذا للتكفل بالمريض جيدا. فالبعض من المرضى يحاولون معرفة كل ما يهمهم عن مرضهم والعلاج، وحتى أنم يتجادلون ويتبادلون الحديث معنا كما أنم ذو عناد كبير في حالة العلاج غير المناسب لحالتهم خوفا منه.

وفي الأخير، فإن محافظة المريض على حالته الصحية الطبيعية تفترض إعطاء الوقت الكافي لتربية المريض صحيا، شرح له مرضه ومساعدته على زيادة وعيه الصحي خاصة من ناحية تجنب المضاعفات وتثقيفه صحيا من طرف المختصين الطبيين والشبه الطبي من خلال الإستشارة الطبية.

2- تعليق حول الحالة الثامنة:

نلاحظ من خلال هذه الحالة أن دور الطبيبة تمثل أولا في بناء علاقة إنسانية مع المرضى، من خلال معرفة خصوصياتم الشخصية، وهذا عامل فعال في العلاقة الجيدة. ولم ينتهي دور الطبيبة عند هذا الحد، بل يشمل الدور العلاجي والتثقيفي، الذي تمثل في مساعدة المريض لتنمية وعيه الصحي عن طريق تقديم له النصائح والإرشادات الطبية حسب تصريح الطبيبة "محاولة منا توضيح له الصورة العلاجية بشكل جيد، وهذا للتحكم في المرض وتسييره بشكل جيد". وترى الطبيبة أن الحوار المفتوح والوقت أحد العوامل المهمة لعملية الإتصال والتفاعل الإجتماعي الذي ينعكس على عملية التوعية الصحية، حيث توضح بأنه يجب أن يخصص وقت كافي أكثر بكثير من 30 دقيقة وحتى ساعة، وهي ترى بأن 30 دقيقة وأكثر وقت غير كاف

لأن المريض المزمن يحتاج إلى شرح مطول حول حالته. وهذا لتقبل مرضه تقبلا سليما. وفي هذه الحالة إكتساب المعرفة الصحية يحدد من طرف المستوى التعليمي وأن الممارسات الصحية لها علاقة بالوضع المادي للمريض.

ومن خلال الدور المهني الذي تقوم به الطبيبة، نجد أن بعض المرضى لا يتعاونون معها أي فشل المريض في تنفيذ نصائحها وترجع ذلك إلى الظروف المعيشية للمريض وغياب وعيه الصحي. وبالتالي يمكن القول أن العلاقة في هذه الحالة هي علاقة تسودها التوترات لأنا ليست علاقة مبنية على المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض وليست مبنية على التعاون.

المطلب التاسع: عرض الحالة التاسعة:

تعريف بالحالة: طبيب، عمره 29 سنة، أعزب، تخصص أمراض القلب، يعمل بمستشفى بني مسوس، مصلحة أمراض القلب، لديه 05 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة التاسعة:

العلاقة طبيب- مريض:

إن كسب ثقة المريض يشترط أن نضع في الحسبان كل من معرفة الوضعية النفسية، الإجتماعية للمريض، مستواه التعليمي والإقتصادي، حيث نسعى إلى تزويد المريض بالنصائح والتعليمات الطبية المتمثلة في ملاحظة، تتبع ضغط الدم وقياسه وأيضا تتبع النظام الغذائي، إحترام المواعيد الطبية ومراجعة عند الضرورة طبيب للعائلة. فالمرضى ليس دائما ينفذون تعليماتنا، بل أحيانا. وهذا يعود إلى صعوبة الحياة المعيشية، الفقر، غياب الوعي الصحي وأيضا سهولة الرعاية الثانية. فنحن نلجأ إلى التأثير على المريض لتغيير نمط حياته والسلوكات غير الصحية بإفهامه بطريقة صحيحة عن مرضه وتوعيته، ولكن لا أبحث عن التأثيرات. فأنا لا أستعمل القوة والسلطة في التأثير.

إن المستوى التعليمي للمريض يؤثر في إكتساب المعلومات الصحية، حيث أن نقل وإيصال الرسالة تكون سهلة. ونجد أيضا أن الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض تؤثر في سلوكاته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

المدة المستغرق أثناء الإستشارة الطبية، هي 15 دقيقة لكل مريض على الأكثر، وهذا الوقت غير كافي وبالرغم من ذلك أحيانا أمنح المريض الوقت الكافي. ومحاولة سماع كل ما يريد التصريح به والإجابة على تساؤلاته. ولا بد أن يكون عدد أكبر من الأطباء وبنية الصحة قوية لتلبية طلبات السكان. فأنا ألجأ إلى إستخدام الفرنسية والدارجة في نفس الوقت مع المرضى أثناء الإستشارة الطبية، فالحوار والنقاش بيني وبين المريض ليس دائما مفتوح غير مفتوح، وهذا راجع إلى الوسائل والوقت الضيق.

إن المرضى الأكثر إتصالا معنا ليسوا فقط الذين مستواهم التعليمي مرتفع، فبعض المرضى لا يحاولون فقط الإجابة على تساؤلاتنا، بل يحاولون طرح الأسئلة وإنتظار إجابات حول حالتهم الصحية وحتى كيف يتم العلاج. فبعض المرضى أحيانا يتلقون صعوبة في تبادل الحوار معنا، وأيضا البعض منهم أحيانا وليس دائما يتناقشون معنا في تقديم لهم النصح والإرشاد والتعليمات الطبية الواجب تنفيذها.

إن أهم العوامل التي تساعد المريض على حفاظه على الحالة الصحية الطبيعية هي:

-لا بد أن يكون عدد كافي للأطباء أكثر تكوينا وأكثر إهتماما بم في المخطط السوسيو- إقتصادي.

- تحسين بنية الصحة المتبنية.

- إعادة النظر في نسق أو نظام العلاج الراني.

2- تعقيب حول الحالة التاسعة:

نستشف من خلال الحالة السابقة، بأن دور الطبيب الذي حدده له المجتمع هو الدور المهني من خلال الإلتزام بواجبه بتوفير راحة المريض والعمل على تثقيفه صحيا. ويؤخذ الطبيب في هذه الحالة عدة متغيرات لبناء علاقة إنسانية مع المريض، وهذا لكسب ثقته أهمها العوامل النفسية، الإجتماعية والإقتصادية من خلال تصريحه "يشترط أن نضع في الحسبان كل من معرفة الوضعية النفسية، الإجتماعية للمريض ومستواه التعليمي والإقتصادي"، هذا في مجال كسب ثقة المريض. أما في المجال المعرفي فيظهر ذلك الدور التثقيفي من خلال القول التالي "نسعى إلى تزويد المريض بالنصائح الطبية والتعليمات الطبية". وقد يكون كل من عامل الوقت، المستوى التعليمي وفتح الحوار من أهم العوامل التي تساعد الطبيب على القيام بذه العملية التثقيفية، وإذا إنعدمت هذه العوامل فإن ذلك يؤدي إلى خلل في العمل المهني، وهذا ما لمسناه من تصريح الطبيب الذي يرى بأن الوقت الذي يخصصه للمريض وقت غير كافي مع كثرة المرضى "لا بد أن يكون عدد أكبر من الأطباء وبنية الصحة قوية لتلبية طلبات السكان". وهنا نتج عنه إنعدام الحوار، النقاش والإتصال بين الطبيب والمريض، عدم وجود الحوار المفتوح طبيب-مريض. وإذا كان الحوار غير مفتوح، فهذا يؤدي إلى توتر في العلاقة طبيب-مريض وعدم تعاون الطرفين فيما بينهما. ونستخلص من هذه الحالة صراع في دور الطبيب من خلال قلة الوقت، قلة الأطباء، كثرة المرضى، قلة الوسائل وسهولة مجانية الخدمات الصحية. ونتيجة هذا الصراع القائم في دور الطبيب، يقابله إنعكاس على دور المريض وعدم إمتثاله لتعليمات الطبيب، خاصة إذا كان المشرف لا يبالي لمريضه. وهذا ما لمسناه من تصريح الطبيب الذي يرى بأن المرضى ليس دائما ينفذون نصائحنا، وهو يرجع ذلك إلى كل من صعوبة الحياة المعيشية أي الفقر، غياب الوعي الصحي وسهولة الرعاية الرانية. وبالرغم من هذه العوامل إلا أن خصوصية الطبيب المتمثلة في إستخدام السلطة والنفوذ للتأثير على المريض لا تظهر بتاتا والتأثير يكون من خلال إعادة إفهام المريض لمرضه وتوعيته، حيث ترجع أسباب إكتساب المعلومات الصحية إلى المستوى التعليمي. فهو يرى بأن

المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إستيعابا للمعلومات الصحية، حيث يكون إستقبال الرسالة المعرفية سهل. وإلى جانب المستوى التعليمي الظروف المعيشية تؤثر في سلوكات المرضى.

ومن خلال المعطيات السابقة، نستنتج بأن العلاقة طبيب مريض تنتابا صراعات وتوترات، وهذا راجع إلى كل من مسؤولية الطبيب والمريض. وهذا يوضح لنا نوعية التفاعل الإجتماعي الذي يتمثل في التفاعل السلبي.

المطلب العاشر: عرض الحالة العاشرة:

تعريف بالحالة: طبيبة، سنها 30 سنة، متزوجة، طبيبة أمراض القلب، تعمل بمصلحة القلب بني مسوس، لديها سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة العاشرة:

العلاقة طبيب- مريض:

لكسـب ثقة المريض لا بد من بناء علاقة إنسانية سليمة معه ومعرفة وضعيته الإجتماعية والنفسية. إن أهم الإحتياطات والتعاليم الطبية التي نقدمها لمريض مصاب بمرض مزمن داء السكري، ضغط الدم والقلب هي تتبع العلاج بصفة جيدة والإستشارة الطبية في حالة وجود أعراض معتادة. فالمرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا الطبية بسبب العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة، الفقر وصعوبة الحياة المعيشية. فالتأثير على المريض لتنفيذ نصائحنا وتغيير نمط حياته يكون عن طريق شرح له مختلف المضاعفات الناتجة عن المرض. فألجأ أحيانا إلى إستخدام القوة والنفوذ والسلطة للتأثير عليه. فنجد أن المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا هاما في إكتساب المعلومات الصحية، وهذا من خلال تحويل وإستقبال المعلومات. ونجد أن الوضع السوسيو- إقتصادي للمريض يؤثر في السلوكات والممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

الوقت المخصص للإستشارة الطبية هو 30 دقيقة لكل مريض، وهو وقت كافي للإستشارة الطبية. فأنا أمنح المريض الوقت الكافي له لطرح تساؤلاته والإجابة عليها بطريقة سهلة وواضحة. وغالبا ما تكون إجاباتنا على تساؤلاتم بالدارجة. فالحوار والنقاش دائما مفتوحا مع المريض لإعطائه الفرصة والوقت لأسئلته. فنجد أنه ليس من لديه مستوى تعليمي مرتفع يجد سهولة في الإتصال وتبادل الحديث معنا بل حتى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة يتبادلون الحديث معنا. وأيضا فإن المرضى المصابين بداء ضغط الدم والقلب لا يكتفون بالإجابة على تساؤلاتنا فقط، فمن بينهم من يطرح أسئلة علينا ويحاول معرفة شروحات حول صحته والعلاج.

إن البعض من المرضى يجدون صعوبة في تبادل الحديث معنا بسبب الخوف، القلق وحتى مستواهم التعليمي يكون سببا في ذلك. والبعض من المرضى يتناقشون معنا أثناء تقديم لهم النصائح والإرشادات

الواجب تطبيقها. وعليه يمكن القول أن محافظة المريض المزمن بداء السكري، ضغط الدم والقلب على حالته الطبيعية يجب أن يتوفر له العلاج ويتمتع هذا الأخير بمعرفة جيدة حول مرضه.

2- تعقيب حول الحالة العاشرة:

نستخلص من خطاب الحالة السابقة أن دور الطبيب تجلى من خلال الثقة التي يجب أن تتبادل بين الطبيب والمريض، ويكون الطبيب هو الفاعل الرئيسي لكسب ثقة المريض والعمل على راحته. ففي هذه الحالة كسب ثقة المريض تظهر من خلال بناء علاقة إنسانية سليمة معه بناءا على معرفة وضعيته وخصوصياته الشخصية بما فيها الجانب النفسي والإجتماعي.

فالطبيبة في هذه الحالة دورها لا ينتهي عند هذا المطاف، بل مهنتها تفرض عليها أن تقوم بواجبها التثقيفي وتنمية الوعي الصحي للمصاب. ويتجلى هذا من خلال تزويده بالنصائح والتعليمات الطبية وأهم الإحتياطات الواجب إتخاذها في الحياة اليومية. ويكتسب المريض المعلومات الصحية بفضل الوقت الكافي أثناء الإستشارة الطبية، حيث أنه كلما إتسع وقت الإستشارة الطبيبة كلما إكتسب المريض معرفة صحية. وفي هذه الحالة الوقت المخصص للمريض هو وقت غير كافي. وإلى جانب الوقت يكون عامل فتح الحوار والنقاش أهم المتغيرات الفعالة في بناء علاقة طبيب-مريض. ويظهر ذلك في عبارات الطبيبة "فالحوار والنقاش دائما مفتوحا مع المريض لإعطائه الفرصة والوقت لأسئلته". وفي هذا الصدد هل تعتبر اللغة غير العربية معوقا من معوقات بناء العلاقة طبيب- مريض. فالطبية ترى بأن اللغة لا تعتبر كذلك، فهي تقول "طرح تساؤلاتم والإجابة عليها بطريقة سهلة وواضحة، وغالبا ما تكون إجاباتنا على تساؤلاتم بالدارجة". معناه أن اللغة لا تعتبر سببا في إعاقة نشر التثقيف الصحي لدى المريض. وفي هذا الال ما هي العوامل المؤثرة في بناء هذه العلاقة ونوعية التفاعل الإجتماعي؟

ويظهر من خلال تصريح هذه الحالة أن التوعية الصحية للمريض وإكتساب المعلومات الصحية تحكمها عوامل نفسية خاصة، حيث تصرح الطبيبة بأن "البعض من المرضى يجدون صعوبة في تبادل الحديث معنا بسبب الخوف والقلق". أما في إستقبال وتوجيه المعلومات الصحية، فإن المستوى التعليمي يؤثر في الثقافة الصحية وإكتساب المعرفة الصحية. وأيضا فإن الوضع السوسيو- إقتصادي للمريض يحدد نوعية الممارسات الصحية التي يتبعها الفرد في حياته اليومية.

إن المستوى التعليمي في هذه الحالة قد لا يعيق عملية تبادل الحديث، إذ تؤكد الطبيبة بأنه "ليس من لديه مستوى تعليمي مرتفع يجد سهولة في الإتصال وتبادل الحديث معنا بل حتى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة يتبادلون الحديث معنا". وهي ترى بأن الحفاظ على الحالة الصحية الطبيعية يشترط توفير العلاج للمريض، وجود معرفة صحية ودراية حول المرض. وفي هذا الإطار يا ترى هل أن المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب يتعاون مع الطبيب وينفذ تعليماته حسب هذه الحالة؟ وقد يظهر أحيانا

دور المريض المتمثل في واجبه في الرغبة عن البحث عن الشفاء وتنفيذه النصائح الطبية، حيث ترجعه الطبيبة إلى الأسباب التالية: "العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة والفقر وصعوبة الحياة المعيشية". وهذا يعني أن الأطباء يوضحون العلاقة الموجودة بين صحة الفرد والعوامل الإجتماعية والإقتصادية ومدى تأثير هذه العوامل على عملية العلاج والوقاية من مضاعفات المرض. فالطبيب (ة) يواجه صعوبات مع المرضى المزمنين من خلال فشلهم في التعاون معه بسبب العوائق التي تحد من تنفيذ المريض لتعليماته. وفي هذا الصدد ماذا يفعل الطبيب، هل يستعمل نفوذه المهني وسلطته على المريض لتنفيذ نصائحه وتوجيهاته أم لا؟ وفي هذه الحالة تظهر هذه الخاصية من دور الطبيب المتمثلة في إستخدام القوة، النفوذ والسلطة للتأثير على الفرد المصاب بمرض مزمن وذلك بإتباع أسلوب التخويف، حيث يتم عن طريق تخويف المريض بالمضاعفات التي يمكن أن يحدثها هذا المرض من خلال تصريح الطبيبة "شرح للمريض مختلف المضاعفات الناتجة عن المرض".

وخلاصة لذلك، نستنتج بأنه بالرغم من الدور الذي يقوم به الطبيب والذي تفرضه عليه مهنته في مجال التثقيف الصحي فإن عدم تنفيذ المريض لنصائح طبيبه بسبب عوائق إجتماعية، إقتصادية ونفسية يؤدي إلى نقص الوعي الصحي وغياب الثقافة الصحية، وهذا يقابله عدم قيام النسق الطبي بوظائفه كما يجب، عدم التكيف والإستقرار والثبات في هذا النسق.

المطلب الحادي عشر: عرض الحالة الحادية عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، سنها 38 سنة، متزوجة، تخصص أمراض القلب، تعمل بمصلحة أمراض القلب، مستشفى بني مسوس، لديها 7 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة الحادية عشر:

علاقة طبيب- مريض:

لكسب ثقة المريض لا بد من جعل الحوار مفتوح معه وبناء علاقة إنسانية سليمة معه وأيضا معرفة وضعيته السوسيو- نفسية.

إن أهم الإحتياطات التي نقدمها للمريض هي حرصنا الفعال على النصائح التي نقدمها، إحترام الريجيم، ملاحظة وتتبع أحسن العلاج، الدواء وإحترام المواعيد الطبية للإستشارة الطبية. في كل الحالات المرضى لا ينفذون دائما نصائح الطبيب، بل أحيانا ما يطبقونا وينفذونا، وهذا راجع إلى إنعدام وعيهم الصحي. والتأثير على المريض لتغيير نمط حياته وتنفيذ نصائحنا هو بناء علاقة إنسانية سليمة طبيب- مريض وشرح جيد له حول مرضه وأهم المخاطر الناتجة عنه، حيث أننا لا نستعمل السلطة والقوة في التأثير عليه.

فالمستوى التعليمي للمريض يلعب دورا في إكتساب المعلومات الصحية، حيث أن المستوى التعليمي الأمي لا يسمح للمريض بالقراءة وفهم جيد لمرضه. وحتى أن الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض تؤثر في الممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المخصص للإستشارة الطبية للمريض الواحد تقدر ب أكثر من 30 دقيقة، وهو وقت كافي للإستشارة الطبية، حيث أنني ليست دائما أمنح للمرضى الوقت الكافي ومحاولة سماعهم والإجابة على كل تساؤلاتم. وهذا راجع إلى إنشغالنا وتكليفنا بالمرضى في المصالح الطبية وحتى المقيمين بالمستشفى. وأيضا وقت الأطباء مكثف. فأنا أستعمل الدارجة والفرنسية، فالحوار والنقاش دائما مفتوحا مع المريض لشرح له كل ما يجب معرفته عن الدواء...الخ. فالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة هم الأكثر إتصالا معنا، لأن لديهم أحسن معرفة وفهما لمرضهم، للمخاطر، للدواء وللعلاج. وفي هذا الإطار نجد أن المرضى الذين أشرف عليهم، البعض منهم يكتفون فقط بالإجابة على تساؤلاتنا والبعض الآخر يتلقون صعوبات في تبادل الحديث معنا. ونجد أيضا أن النوع الثالث من المرضى يتناقشون معنا في حالة تقديم لهم النصائح وأهم الإحتياطات الواجب إتخاذها في نظام الحياة.

وأخيرا نرى بأن محافظة المريض على حالته الطبيعية ومزاولة نشاطاته اليومية بصفة عادية يفترض أن يتمتع بحالة جيدة من الناحية العقلية، الفيزيقية والإجتماعية.

2- تعليق حول الحالة الحادية عشر:

نستشف أن هذه الحالة تبين بأن المريض كي يتمتع بصحة عادية طبيعية تشمل 3 أبعاد وهي الحالة العقلية، الجسمية والإجتماعية كما أقرتا المنظمة العالية للصحة.

ونلاحظ من خلال هذه المقابلة بأن أول خطوة يقوم با الطبيب لبناء علاقة إنسانية مع المريض هي محاولة كسب ثقته بفتح الحوار معه ومعرفة وضعيته السوسيو-إقتصادية. وهنا تبنى العلاقة ويتجلى دور الطبيب والمتمثل في علاج المريض وأيضا في تثقيفه صحيا بتقديم له النصح والإرشاد وأهم الإحتياطات للتقيد با في نظام الحياة والتأثير على المريض لتنفيذ النصائح الطبية. ويتم من خلال بناء علاقة إنسانية سليمة طبيب-مريض وأيضا شرح له بالتفصيل مخاطر المرض. وحسب رأي الطبيبة تظهر أهمية فتح الحوار لبناء علاقة طبيب-مريض، إلا أنا لا تمنح للمصاب الوقت الكافي لسماعه والإجابة على تساؤلاته، بالرغم من تتبعها سياسة فتح الحوار والنقاش. وترجع ذلك أساسا إلى كثرة واجبات الأطباء وقلة الوقت المخصص حسب تصريحها "وقت الأطباء مكثف". وأيضا القيام بعدة أعمال منها الإشراف على الإستشارات الطبية في المصلحة الطبية وفي المستشفى. ونتيجة التضارب في الصراع في الأدوار الإجتماعية للطبيب، فإن ذلك ينعكس سلبا على الخدمات التي يقدمها الطبيب للمريض.

أما إذا إتجهنا إلى اللغة بإعتبارها وسيط فعال للإتصال بين الطبيب والمريض، فإننا نلاحظ بأن الطبيبة تتكيف مع المريض حسب اللغة التي يستخدمها ويفهمها، وهي تبرز من خلال قولها أهمية التعليم في كسب الثقافة الصحية والمعلومات الصحية وحتى أهمية التعليم في الحوار والإتصال من خلال قولها "فالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة هم الأكثر إتصالا معنا لأن لديهم أحسن معرفة وفهما لمرضهم، المخاطر، الدواء والعلاج". وتضيف أيضا "المستوى التعليمي الأمي لا يسمح للمريض بالقراءة وفهم جيد لمرضه".

وفي هذا الصدد بإعتبار أن دور المريض مكملا لدور الطبيب، يا ترى هل حقا في الواقع وفي الجزائر ومن خلال تصريح الطبيبة، المريض يتعاون مع الطبيب؟ نرى بأن المريض دوره المتمثل في التعاون مع الطبيب بالنسبة للطبيبة يظهر أحيانا فقط، وليس تعاونا مستمرا. إذ أن ليس دائما المرضى ينفذون تعليماتنا. فالطبيبة لا تستعمل نفوذها المهني وسلطتها للتأثير على المرضى غير المنفذين لتعليماتا. ففي هذا المنوال، فإن العلاقة طبيب-مريض تكون علاقة غير جادة وغير إيجابية لأن المريض يفشل في التعاون مع الطبيب والطبيبة في هذه الحالة ترجع أسباب عدم قيام المريض بواجبه المتمثل في رغبته وإرادته في تنفيذ تعليمات الطبيب إلى عدة متغيرات أهمها عامل إنعدام الوعي الصحي، المستوى التعليمي المنخفض والوضعية السوسيو-إقتصادية المؤثرة في الممارسات الصحية.

المطلب الثاني عشر: عرض الحالة الثانية عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 35 سنة، متزوجة، إختصاص أمراض القلب، تعمل بمستشفى بني مسوس مصلحة أمراض القلب، لديها 7 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة الثانية عشر:

العلاقة طبيب- مريض:

إن كل من فتح الحوار دائما مع المريض، معرفة وضعيته السوسيو- نفسية وبناء علاقة إنسانية سليمة معه، هي عوامل تساعد في كسب ثقته، حيث نلجأ أثناء عملنا اليومي إلى تقديم مجموعة من الإحتياطات الطبية للمريض لتتبعها في نظام حياته منها الريجيم، المحافظة على الصحة، تجنب القلق، معرفة الأدوية، المخاطر وإحترام الوصفات. فالمرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا الطبية نتيجة الفقر وصعوبة الحياة المعيشية، إنعدام الوعي الصحي والعادات والتقاليد المرتبطة بالصحة. فتأثيرنا على المرضى لتغيير نمط حياتم وتنفيذ تعليماتنا هي فقط شرح لهم المرض لمعرفة مرضهم أكثر وأكثر ومضاعفاته في الحاضر وفي المدى الطويل. في هذه الحالة أنا لا أستعمل القوة والنفوذ والسلطة عليهم لتغيير نمط حياتم.

إن المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر معرفة بالمعاني والكلمات التي أستعملها. وعليه فإن المستوى التعليمي له دور في إكتساب المعلومات الصحية. وأيضا الوضع السوسيو- إقتصادي للمريض يؤثر في الممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

أخصص لكل مريض على الأكثر 20 دقيقة للإستشارة الطبية، حيث أمنح له الوقت الكافي لطرح تساؤلاته والإجابة عليها بطريقة سهلة وواضحة كل الوضوح بإستخدام الدارجة والفرنسية. فالحوار والنقاش مع المريض دائما مفتوحا أثناء الإستشارة الطبية، فالمرضى أكثر طرحا للأسئلة المحتملة حول مرضهم. فنجد أن المرضى من ذوي المستوى التعليمي المرتفع ليسو هم فقط الذين يتصلون معنا بشكل جيد، فالبعض من المرضى لا يكتفون بالإجابة على تساؤلاتنا فقط، بل يطرحون أسئلة علينا حول صحتهم. ونجد أن كل من الخوف، القلق والتوتر يعيقان بعض المرضى في تبادل الحديث معنا.إضافة على ذلك، فإن بعض المرضى يتناقشون معنا أثناء تقديم لهم التعليمات الطبية الواجب تنفيذها في نظام حياتم. ونرى أن الحالة الصحية للمريض والمحافظة عليها مرتبطة بالتكفل الجيد بالمريض.

2- تعقيب حول الحالة الثانية عشر:

ما يمكن إستخلاصـه من خلال نص المقابلـة هو أن ثقة المريض متغير فعال في بناء العلاقـة طبيب- مريض. وفي هذا الصدد هذه العلاقة تشمل فتح الحوار والنقاش بين الطرفين ومحاولة توفير للمصاب الراحة قبل كل شيء، فالطبيب يقوم بدور الطبيب النفسي أولا ثم يقوم بدوره الذي حدده له المتمع والمتمثل في علاج المريض. وإلى جانب ذلك، فلا بد من توعية المريض صحيا خاصة في حالة الأمراض المزمنة. وهذا ما يبرز من تصريح الطبيبة.

ونرى من خلال هذه الحالة، أن عملية تثقيف المريض صحيا تعتمد على توفير الوقت الكافي له قصد إكتساب المعلومات الصحية، كما أنه كلما كان الحوار والنقاش فعال بين الطبيب والمريض كلما كان إكتساب المعلومات الصحية أكثر. لذا نستخلص بأن نظرة الطبيبة في أهمية التعليم تظهر من خلال المستوى التعليمي المرتفع وأهميته في معرفة المعاني والكلمات المستخدمة من طرف الطبيب. وهذا يدل على دور التعليم في إكتساب المعرفة الصحية. ونظرا إلى أهميته، إلا أن الطبيبة أثناء عملها اليومي ترى بأن البعض من المرضى مستواهم التعليمي منخفض وهم يجيدون الحديث، الحوار، النقاش والتساؤل عن كل إنشغالاتم وسهولة الإتصال معنا، لكن المشكل الذي تراه الطبيبة هو مشكل الإضطرابات النفسية كالخوف، القلق والتوتر، والتي تؤثر سلبا في تفاعل المريض معها.

نظرا لما سبق ذكره في دور الطبيب، فإن دور المريض ينتابه بعض الغموض. إذ أنه بالرغم من الواجبات التي يقوم با الطبيب إتجاه المريض، إلا أن هذا الأخير لا ينفذ تعليماته الطبية دائما، حيث تنعدم الرغبة والإرادة في الإمتثال للشفاء الطبيعي. فهذا الفشل في التعاون دائما مع الطبيب تراه الطبيبة من خلال الظروف الخاصة بالمريض، هي سبب من أسباب هذا التهاون وإنعدام الثقافة الصحية. فهذه الأسباب تحصرها الطبيبة في الفقر، الوضع المادي للمريض، إنعدام الوعي الصحي والعادات والتقاليد الصحية. ولهذا

الطبيبة لا تتقيد بالتأثير على المرضى لتغيير نمط حياتهم بإستخدام السلطة والنفوذ المهني، فهي تلجأ إلى إعادة شرح لهم أخطار المرض الممكن أن تنجم من عدم التنفيذ. ولهذا نرى بأن الطبيبة تقوم بواجبها من الناحية العلاجيـة ومساعدة المريض دون التأثير عليه في متابعة العلاج. ومكـن أن تشبه هذه الحالة بعلاقة المعلم– التلميذ التي تقابلها علاقة طبيب-مريض خاصة في حالة الأمراض المزمنة.

المطلب الثالث عشر: عرض الحالة الثالثة عشر:

تعريف بالحالة: طبيب، سنه 28 سنة، أعزب، مختص في أمراض القلب، يعمل بمصلحة أمراض القلب مستشفى بني مسوس، لديه 5 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة الثالثة عشر:

العلاقة بين الطبيب والمريض:

إن معرفة الوضعية السوسيو- نفسية للمريض مهمة جدا لكسب ثقته، فنحن نقدم له مجموعة من النصائح والإرشادات لتطبيقها في نظام حياته منها جعله يتقبل مرضه، محاربة ضد المضاعفات، إحترام الريجيم، متابعة العلاج ومراقبة منتظمة مع الطبيب المعالج. فهذه النصائح والإرشادات لا ينفذها المرضى في نظام حياتهم اليومية بسبب الفقر، صعوبة الحياة المعيشية وغياب الوعي الصحي. فتأثيرنا عليهم لتغيير نمط حياتهم هو كسب ثقتهم لتقبلهم لمرضهم، معرفة مرضهم والمخاطر الناتجة عن المدى الطويل و تقديم لهم وسائل الوقاية. فأنا لا أستعمل دائما السلطة والنفوذ أثناء تعاملي مع المرضى لتغيير نمط حياتهم. فالمستوى التعليمي يلعب دور في إكتساب المعلومات الصحية وأيضا الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض تؤثر في ممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المخصص للإستشارة الطبية للمريض هو 15 دقيقة، وهو وقت غير كاف للإستشارة الطبية، فأنا لا أمنح دائما الوقت الكافي للمريض لطرح تساؤلاته حسب المرافق له. فأستخدم الدارجة والفرنسية في نفس الوقت، فنجد أن ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إتصالا من الآخرين لأنهم يعرفون جيدا مرضهم. فالمرضى الذين أشرف عليهم البعض منهم لا يكتفي بالإجابة على تساؤلاتنا فقط، وإنما يحاول طرح أسئلة ومعرفة حالته الصحية وأهم تدابير العلاج. فبعض المرضى يجدون صعوبة في تبادل الحديث معنا، بسبب قلة إمكانياتهم والتنقل للمستشفى. وفئة أخرى من المرضى يتناقشون أحيانا معنا أثناء تقديمنا لهم النصائح والإرشادات الطبية.

إن أهم العوامل التي تساعد المريض على تمتعه بحالة طبيعية هي: تحسين الوضع السوسيو- إقتصادي للمريض والطبيب، تربية المرضى صحيا حول مرضهم و تكفل بسيكوتيرابي، تكفل نفسي طبي بهم.

2- تعقيب حول الحالة الثالثة عشر:

النتيجة التي نستخرجها من خلال هذه المقابلة هي أن الطبيب يسعى جاهدا إلى كسب ثقة المريض عن طريق معرفة وضعيته الإجتماعية والنفسية، وهذا لبناء علاقة طبيب- مريض. فإلى جانب المهنة التي يقوم با الطبيب وعملية التشخيص فإنه يلجأ بطريقة شعورية أو غير شعورية إلى تنمية الوعي الصحي لدى مريضه بتقديم له مجموعة من النصائح والإرشادات الطبية لتطبيقها في نظام حياته وتقديم له المعلومات الصحية حول مرضه. ونستخلص من ذلك أهمية الطبيب في مساعدة المريض، أي محاولة جعله يتخلى عن دور المريض بتنفيذ نصائحه والإندماج في الحياة الإجتماعية بشكل عادي. وقد تجلى ذلك في هذه الحالة من خلال تصريح الطبيب "جعله يتقبل مرضه، محاربة ضد المضاعفات، إحترام الريجيم، متابعة العلاج ومراقبة منتظمة مع الطبيب المعالج". وهذا يقابله من جانب المريض فشله وغياب رغبته في تنفيذ تعليمات الطبيب، لأن المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب وتوصياته، فهم يلجؤون إلى سلوك إنحرافي وإن لم نقل إنتحار غير مباشر. وهنا واجب المريض غائب في هذه الحالة، وبالرغم من ذلك الطبيب لا يلجأ إلى إستخدام سلطته ونفوذه المهني على مرضاه الذين لا يطبقون نصائحه، فهو يرجع ذلك إلى صعوبة الحياة المعيشية وغياب الوعي الصحي عند هذه الشريحة.

وإذا ما إنتقلنا إلى أهمية الحوار والإتصال في الوسط المهني طبيب-مريض، نجد أن الإتصال والتفاعل ظهر بجانبه الإيجابي من خلال النقاش المفتوح بين الطرفين. ومن جهة أخرى تبين أن هذا التفاعل الإجتماعي الذي يساعد المريض على إكتساب المعرفة الصحية تحدده عدة عوامل أبرزها الوقت المخصص لكل إستشارة طبية، وهو وقت غير كافي مع كثرة المرضى. وهذا ما يجعل الطبيب يقسم وقته على المرضى ولا يمنح لهم دائما الوقت الكافي لطرح كل ما يشغلهم. وأيضا المستوى التعليمـي للمريـض له أهمية في الإتصال طبيب-مريض، حيث يشير الطبيب إلى أن "ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إتصالا من الآخرين لأنهم يعرفون جيدا مرضهم". فالثقافة الصحية للمريض حسب الطبيب تحددها الوضعية السوسيو-إقتصادية وأيضا المستوى التعليمي.

إن نظرة الطبيب لمحافظة المريض على صحته الطبيعية من وجهة نظره تتمثل في تحسين الأوضاع المادية والمستوى المعيشي لكل من الطبيب والمريض. المريض ليتغلب على مرضه والطبيب ليقوم بدوره على أحسن وجه ممكن. وإلى جانب ذلك، يقترح الطبيب تكثيف الجهود في تربية المرضى صحيا والتكفل بهم نفسيا وطبيا.

المطلب الرابع عشر: عرض الحالة الرابعة عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، 25 سنة، عزباء، تخصص طب داخلي، تعمل بالطب الداخلي مستشفى بني مسوس، لديها 3 سنوات خبرة مهنية في مجال الطب.

1- نص المقابلة الرابعة عشر:

علاقة طبيب- مريض:

إن فتح الحوار والنقاش مع المريض هو أهم عامل لكسب ثقته، فنحن كأطباء نسعى إلى تزويده بالنصائح والإرشادات الطبية وحثه على تتبع الريجيم المفترض، تجنب المريض قدر ما يستطيع القلق وأخيرا أخذ الدواء المناسب. في هذه الحالة المرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا ونصائحنا الطبية بسبب الفقر وصعوبة الحياة المعيشية. فنحن نسعى إلى التأثير على المريض لتغيير نمط حياته إنطلاقا من شرحنا له النصائح الخطيرة المحتملة أن تقع بسبب ممارساته وسلوكاته غير الصحية. إذ أننا لا نستعمل السلطة والقوة على من لا ينفذ تعليماتنا الطبية. فالمستوى التعليمي للمرضى يؤثر في إكتسابهم للمعلومات الصحية، حيث أن ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر فهما للنصائح وأخذ الدواء في الوقت والجرعة المحددة. وأن الوضعية السيوسيو- إقتصادية تؤثر في الممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

الوقت الذي أحدده للمريض في الإستشارة الطبية يفوق 30 دقيقة، حيث أن هذا الوقت غير كافي للإستشارة الطبية. وبالرغم من ذلك أمنح كل الوقت للمريض في الإستشارة الطبية ومحاولة سماعه والإجابة على كل تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة. فأنا ألجأ إلى إستعمال الدارجة والفرنسية دائما. فالحوار بيني وبين المريض دائما مفتوحا في الإستشارة الطبية، وهذا لضمان أحسن تتبع وكسب الثقة بين الطرفين. إذ أن ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إتصالا معنا، فهم لا يجدون صعوبة، وهذا راجع إلى فهمهم وتقبلهم بكل سهولة للعلاج. فبعض المرضى لا يكتفون بالإجابة على تساؤلاتنا فقط، بل يلجئون إلى طرح أسئلة علينا حول صحتهم والعلاج وينتظرون الإجابة عليها. وفي نفس السياق بعض المرضى يجدون صعوبة في تبادل الحديث معنا، وهذا بسبب الخوف، القلق والتوتر. أما البعض الآخر من المرضى يتناقشون ويتجادلون معنا في حالة تقديم لهم أهم النصائح الواجب تنفيذها في نظام حياتم.

إن كل من الهدوء، التخلي عن كل الممارسات غير الصحية وتتبع الريجيم الموصوف هي عوامل تساعد المريض على أن يحافظ على حالته الطبيعية.

2- تعقيب على الحالة الرابعة عشر:

ما نستخلصه من هذه الحالة هو أهمية النقاش والحوار في كسب ثقة المريض وبناء علاقة إنسانية معه، وهذا كما أشارت إليه الطبيبة "لضمان أحسن تتبع وكسب الثقة بين الطرفين". فإلى جانب العمل اليومي الذي تقوم به الطبيبة تلجأ إلى تثقيف المريض صحيا لأن هذه العملية جزء من عملها اليومي، فهي تلجأ إلى تزويده بالنصائح والإرشادات الطبية وحثه على تتبع النصائح.

إن الدور التثقيفي يحدده الوقت غير الكافي بالنسبة للطبيبة، وهذا لا يمنعها من فتح الحوار والنقاش دائما مع المريض ومنح له الوقت لسماعه والإجابة على كل تساؤلاته، حيث أن بالنسبة لها اللغة لا تشكل مشكل في الإتصال، فهي تتكيف مع لغة المريض، حسب اللغة المتداولة. وكما هو معروف فإن اللغة الفرنسية ولهجة الدارجة مستخدمتين في النسق الطبي، غير أن اللغة الفرنسية، المصطلحات والمفاهيم الطبية أكثر طغيانا في هذا الحال بسبب التعليم الطبي للأطباء بالفرنسية وأيضا المصطلحات والمفاهيم الطبية. أما بالنسبة للمستوى التعليمي يظهر تأثيره السلبي في عملية الإتصال والتفاعل الإجتماعي، وبالتالي في إكتساب الثقافة الصحية. إذ توضح الطبيبة أن "ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إتصالا معنا، فهم لا يجدون صعوبة، وهذا راجع إلى فهمهم وتقبلهم بكل سهولة للعلاج". وإلى جانب الأسباب السابقة المؤثرة في عملية الإتصال يظهر العامل النفسي في تصريح الطبيبة والمتمثل في الخوف، القلق والتوتر. وعليه يمكن القول بأن الإتصال مهم جدا في التفاعل الإجتماعي الذي يساعد المريض على إكتساب الثقافة الصحية وترجمتها إلى أنماط سلوكية في نظام حياته. وفي هذا السياق هل ترى الطبيبة مؤشرات الثقافة الصحية لدى مرضاها؟ يمكن القول بأنه من خلال تصريحها يظهر فشل المريض أحيانا في التعاون معها والإمتثال لنصائحها وتوصياتا الطبية. وفي هذه الحالة رد فعلها نحو مرضاه غير المنفذين لتعليماتا رد فعل عادي مبني على التأثيرات الشفوية والتخويف فقط. لا تجبرهم على ذلك، حتى أنا لا تستخدم سلطتها ونفوذها المهني في تعاملها مع مرضاها، وهذا ما يجعل المرضى يتهاونون ولا يبالون بالنصائح الطبية. فالمريض يستخدم دور المريض ويحافظ عليه. ويمكن القول أنه إذا غاب وعيه الصحي إختل النسق الطبي بسبب إنعدام التكيف، عدم الثبات والإستقرار في هذا النسق، حيث أن المسببات الرئيسية في عدم تعاون المريض مع الطبيب ترجعها الطبيبة إلى الفقر، صعوبة الحياة المعيشية والمستوى التعليمي المنخفض.

المطلب الخامس عشر: عرض الحالة الخامسة عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، تبلغ من العمر 26 سنة، متزوجة، إختصاص أمراض القلب، تعمل بمصلحة أمراض القلب، مستشفى بني مسوس، لديها 3 سنوات خبرة مهنية.

1 - نص المقابلة الخامسة عشر:

العلاقة طبيب- مريض:

يعتبر كل من الحوار المفتوح مع المريض ومعرفة وضعيته السوسيو- نفسية عوامل تساعد على كسب ثقته. إذ أقدم نصائح وإرشادات للمريض المصاب بداء القلب أو الضغط الدموي، حيث يجب عليه أن يتبع الدواء، إحترام الريجيم والمراقبة الطبية. في نظري المرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا الطبية بسبب صعوبة الحياة المعيشية، الفقر وغياب الوعي الصحي. وتأثيري على المرضى لتتبع النصائح وتغيير نمط الحياة هي أن

أجعل المريض يفهم ما هو مرضه ومحاولة تجنب أهم المخاطر الناتجة عن المرض. في هذه الحالة أنا لا أستعمل القوة والسلطة.

إن المستوى التعليمي للمريض يلعب دور في إكتساب المعلومات الصحية، فالمرضى هؤلاء أكثر وعيا بالعلاج والعناية المقدمة من طرف عائلتهم ومجتمعهم. ولكن الوضعية الإجتماعية والإقتصادية لهم تؤثر في ممارساتم الصحية. وفي هذا الصدد ليس دائما المرضى الأكثر تعليما أكثر إتصالا معنا أثناء الإستشارة الطبية، ونجد بعض المرضى يطرحون أسئلة علينا ولا يكتفون بالإجابة فقط على تساؤلاتنا.

الحوار والإتصال بين **الطبيب والمريض:**

وإذا تكلمنا عن عملية الإتصال نرى أن الوقت المخصص للمريض هو وقت كافي أثناء الإستشارة الطبية، حيث أمنح له كل الوقت لطرح تساؤلاته والإجابة عليها وأيضا فتح الحوار معه لكسب ثقته، والإجابة على أسئلته بطريقة سهلة وواضحة وبلهجة الدارجة.

وأخيرا يمكن القول أن محافظة المريض على صحته الطبيعية تتطلب تحسين العلاقة طبيب-مريض. والتكفل الجيد في القطاعات الصحية عن طريق المواعيد الطبية.

2- تعقيب حول الحالة الخامسة عشر:

نستنتج من خلال قراءة ما وراء العبارات، أن دور الطبيبة تمثل في كسب ثقة المريض لبناء علاقة إنسانية طبيب-مريض، وذلك بفتح الحوار ومعرفة وضعيته السوسيو-نفسية. فالحوار المفتوح بين الطبيبة والمريض يظهر في عباراتا، ونتيجة لذلك تنشر التثقيف الصحي و تسعى إلى توعية المريض صحيا. وقد يكون الوقت عامل فعال في عملية الإتصال وأيضا اللغة التي تستخدمها الطبيبة وهي الدارجة، حيث أن المستوى التعليمي يؤثر في عملية الإتصال وفي إكتساب المريض للمعرفة الصحية.

وإذا كان الطبيب يقوم بواجبه إتجاه المريض، فإن هذا الأخير يحتم عليه دوره الإلتزام والتعاون مع الطبيب في متابعة تعليماته. وفي هذه الحالة نجد أن المريض لا يتعاون دائما مع الطبيبة، وهذا يعني فشله أحيانا في تتبع الإرشادات الطبية. وهذا ينجر عنه عدم الإستقرار والثبات في النسق الطبي. وعليه فإن العلاقـة طبيب-مريض هي ليست دائما علاقة المشاركة المتبادلة، حيث أن الطبيبة تلتزم بدورها إتجاه المريض والمتمع. أما المريض فلا يتقيد بإلتزامه وبرغبته في الشفاء وتتبع التعليمات الطبية. وفي هذه الحالة لا نلاحظ إستخدام الطبيبة سلطتها ونفوذها لإرغام مرضاها بتتبع التعليمات الطبية لأنا ترى هذا الإهمال واللامبالاة راجع إلى صعوبة الحياة المعيشية، الفقر وغياب الوعي الصحي.

إن العلاقة طبيب-مريض لا تقتصر على التشخيص والعلاج وإنما تمتد لتشمل الجانب النفسي. وقد تظهر هذه العلاقة من خلال الأدوار الإجتماعية لكلا من الطبيب والمريض. وتبرز توقعات السلوك لكل واحد منهما. ونتيجة عدم إظهار السلوك المتوقع خاصة من طرف المريض أي عدم تنفيذه للإرشادات

الطبية يبدأ الصراع والتوتر في العلاقة بينهما. وتستمر هذه العلاقة السيئة إلى أن تصل إلى حد مسدود. والتي بدورها تؤثر في إكتساب الثقافة الصحية.

المطلب السادس عشر: الحالة السادسة عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، سنها 27 سنة، عزباء، تخصص أمراض القلب، تعمل بمستشفى بني مسوس، مصلحة أمراض القلب، لديها خبرة مهنية تقدر ب 3 سنوات.

1 - نص المقابلة السادسة عشر:

علاقة طبيب- مريض:

إن فتح الحوار والنقاش دائما مع المرضى ومعرفة الوضعية السوسيو- نفسية لهم تساعد في كسب ثقتهم. وبالنسبة لوضع المريض في مواجهته لمرضه المزمن لا بد قبل كل شيء أن يتقبل مرضه، إحترام العلاج الطبي وعدم ممارسة العلاج الطبي الحديث والعلاج التقليدي في آن واحد.

إن المرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا الطبية بسبب الفقر وصعوبة الحياة المعيشية وأيضا غياب الوعي الصحي. فالتأثير الذي نمارسه عليهم لتغيير نمط حياتم هو محاولة منا تربيتهم، تثقيفهم، التحدث معهم عن المضاعفات وتقدير الثمن والوسائل على المدى الطويل. فأنا لا أستعمل دائما القوة والسلطة بل أحيانا للتأثير عليهم لتطبيق نصائحنا وتغيير نمط حياتم. حسب رأيي المستوى التعليمي لا يلعب دور في إكتساب المعلومات الصحية، لكن الوضع السوسيو- إقتصادي يؤثر في الممارسات الصحية للمريض.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

أنا أخصص 20 دقيقة لكل مريض مصاب بمرض مزمن ضغط الدم أو القلب للإستشارة الطبية، وهذا الوقت كافي للإستشارة، حيث أمنح كل الوقت للمريض لسماعه والإجابة على تساؤلاته بطريقة واضحة وسهلة الفهم. وذلك من خلال إستعمال كل من الدارجة والفرنسية في نفس الوقت. فالحوار والنقاش دائما مفتوحا بيننا. وذلك لتزويدهم بأكبر قدر من المعلومات، حيث أن ذوي المستوى التعليمي المرتفع ليسو الأكثر إتصالا مقارنة بذوي المستويات التعليمية الأخرى. فنجد أن بعض المرضى لا يكتفون بالإجابة على تساؤلات فقط، بل البعض منهم يحاول طرح أسئلة علينا حول صحته والعلاج. وقد نجد أن هناك بعض المرضى يتلقون صعوبة في تبادل الحديث معنا، وذلك بسبب خوفهم. والبعض الآخر من الذين أشرف على علاجهم يتناقشون معنا في حالة تقديم لهم أهم الإحتياطات الواجب إتخاذها أي النصائح الطبية.

وفي هذا السياق، فإن العوامل التي تساعد المريض على الحفاظ على حالته الطبيعية هي فهمه لمرضه والتكفل به بشكل جيد.

2- تعقيب على الحالة السادسة عشر:

يبرز لنا من تصريحات الطبيبة، أن بناء علاقة إنسانية سليمة مع المريض ترتكز على أهمية فتح الحوار والنقاش دائما وأيضا معرفة وضعيته الإجتماعية والنفسية التي يمكن من خلالها تحديد العلاج المناسب له. وإلى جانب العلاج يهيئ جو لمساعدة المريض على مواجهته لمرضه وتقبله بإعتباره جزء منه. وقد يظهر الجانب الآخر من دور الطبيب والمتمثل في التثقيف الصحي وتربية المريض صحيا، وهذا ما لامسناه من تصريحها "محاولة منا تربيتهم وتثقيفهم والتحدث معهم عن المضاعفات وتقدير الثمن والوسائل على المدى الطويل". ويظهر من جانب آخر أهمية الوقت، فتح الحوار والنقاش لتزويد المريض بالمعلومات الصحية، وحتى أن اللغة لها أهميتها في هذا المال. بينما فيما يخص المستوى التعليمي، فالطبيبة لا تعتبره فعال في إكتساب المعلومات الصحية وفي عملية الإتصال. وقد يكون خوف المرضى سبب من أسباب وجود المشاكل في الإتصال معها.

ومن خلال الدور الذي تقوم به الطبيبة، ظهر دور المريض والذي غالبا ما يكون غير مكملا للدور الأول. إذ ظهر واجبها أحيانا من خلال تصريحها، وذلك من خلال العبارات التالية "المرضى لا ينفذون دائما تعليماتنا الطبية بسبب الفقر وصعوبة الحياة المعيشية وأيضا غياب الوعي الصحي". ومن خلال ذلك، نرى أن الطبيبة تستخدم نفوذها المهني وسلطتها للتأثير على المريض للتعاون معها وتنفيذ نصائحها، بالرغم من إعترافها بأهمية تأثير الوضع السوسيو-إقتصادي على الممارسات الصحية. وما يمكن قوله أن إهمال الجوانب النفسية والإجتماعية في معالجة المريض المصاب بمرض مزمن يؤدي إلى إنحراف هذا الأخير في ممارساته، حيث يفشل في تتبع العلاج والإنقطاع عن المراقبة الطبية، وهذا يؤدي إلى أضرار لا تحمد عقباها. وكما هو معلوم، فإن التعليم الطبي للأطباء يأخذ بعين الإعتبار هذا الجانب، وغالبا ما يجد المريض راحة نفسية عند إستشارة الطبيب.وعليه فإن إستمرار العلاقة طبيب-مريض تتحدد من خلال المعاملة التي يتلقاها المرضى في النسق الطبي من طرف الأطباء وأيضا على مدى تنفيذهم للخطة العلاجية. فإذا حدث عكس ذلك، فإن الطبيب يواجه صراعات في دوره الإجتماعي وهذا يؤثر على نشر التثقيف الصحي.

المطلب السابع عشر: عرض الحالة السابعة عشر:

تعريف بالحالة: طبيب، 28 سنة، أعزب، إختصاصي في أمراض القلب، يعمل بمستشفى بني مسوس، مصلحة أمراض القلب، لديه 3 سنوات خبرة مهنية.

1- نص المقابلة السابعة عشر:

العلاقة طبيب- مريض:

إن كل من بناء علاقة سليمة مع المريض ومعرفة وضعيته السوسيو- نفسية تساعد على كسب ثقته وجعله يرتاح ويطمئن للطبيب. إذ أن فتح الحوار مع المريض غير ضروري لكسب ثقته. فأنا أسعى إلى

تقديم نصائح لمريض ضغط الدم أو القلب وأسر على أن كل من المحافظة على الصحة، إتباع الريجيم والعلاج وملاحظته تساعد المريض على تسييره للمرض بطريقة جيدة، حيث أن المرضى الذين أشرف عليهم لا يطبقون النصائح التي أقدمها إليهم دائما، بل أحيانا ما ينفذون التعليمات الطبية، وهذا راجع إلى الفقر، صعوبة الحياة المعيشية، قلة الوعي الصحي وأيضا العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة والمرض. فأنا أسعى إلى التأثير عليهم لتنفيذ النصائح وتغيير نمط حياتم من خلال توفير لهم الراحة، شرح لهم مرضه، المضاعفات الواجب تجنبها بفضل التتبع المحكم في العلاج. في هذه الحالة أنا لا أستعمل القوة والسلطة.

ويمكن القول بأن المستوى التعليمي للمريض يلعب دور في إكتساب المعلومـات الصحيـة وحتى الوضعيـة السوسيو- إقتصادية تؤثر في الممارسات الصحية للمريض.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن مدة الإستشارة الطبية للمريض الواحد هي 30 دقيقة، وهو وقت كافي للإستشارة، حيث أمنح كل الوقت الضروري للمريض لطرح تساؤلاته والإجابة عليها بطريقة سهلة وواضحة. فاللغة التي أستخدمها تتمثل في الدارجة والفرنسية، فأنا لا أجعل الحوار دائما مفتوح بيني وبين المريض بسبب كثرة المرضى. فالمرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع هم الأكثر قدرة على الإتصال، حيث يمكن الإتصال مع المريض ذوي المستوى التعليمي المرتفع بكل راحة.

إن بعض المرضى لا يكتفون بالإجابة على تساؤلاتنا فقط، بل يطرحون أسئلة علينا حول حالتهم الصحية وعلى العلاج. وفي هذا الصدد فإن فئة من المرضى يجدون أحيانا صعوبة في تبادل الحوار معنا، والبعض الآخر يناقشون معنا أثناء تقديم لهم النصح والتعليمات الواجب إتخاذها وتنفيذها. وفيما يخص أهم العوامل التي تساعد المريض على المحافظة على صحته الطبيعية هي الثقة.

2- تعقيب حول الحالة السابعة عشر:

من خلال هذه الحالة، نرى أن دور الطبيب تمثل في كسب ثقة المريض أولا قبل كل شيء من خلال توفير له الراحة والطمأنينة، معرفة أحواله الشخصية. وبعد كسب ثقته يقوم الطبيب بواجبه المهني بإستخدام كل خبراته ومهاراته العلمية لمساعدته علاجيا، ويضع في الحسبان هدفه هو رفاهية المريض وتحسين صحته على حساب إهتماماته الشخصية. ويسعى إلى تحقيق الضبط الإجتماعي، أي قدرة الطبيب على تقليل حدة المرض الذي يعاني منه المريض، فهو يرغمه على الشفاء وذلك بإتباع نصائحه والسير على النظام العلاجي. وإلى جانب العمل اليومي للطبيب، فإنه يقوم بتنمية الوعي الصحي لمريضه بفضل تقديم له نصائح ومحاولة تغيير أفكاره وإتجاهاته والتأثير عليه لتغيير نمط حياته بفضل توفير له الراحة، شرح له مرضه والمضاعفات الواجب تجنبها إنطلاقا من التتبع المحكم للعلاج. وهذه العملية كلها تتطلب توفير الوقت الكافي وتكييف اللغة حسب المريض. أما فيما يخص الحوار فإن الطبيب لا يعطي له أهمية، ويرجع ذلك إلى كثرة المرضى.

ويمكن القول بأن المريض إذا أحس بأن الطبيب يسمعه، فإنه يخرج كل مكبوتاته سواء كانت متعلقة بالمرض أو لا. ويعتبر الطبيب أن المستوى التعليمي له أهميته في عملية الإتصال طبيب-مريض. وإنطلاقا من الدور الإجتماعي للطبيب، هل دور المريض في هذه الحالة مكملا لدور الطبيب أم لا؟ وهل يتمتع المريض حقا بالثقافة الصحية؟ من المقابلة السابقة، نلاحظ غياب أحيانا لرغبة المريض في محاولة البحث عن الشفاء الطبيعي لحالته. إذ أنه لا يتعاون دائما مع الطبيب للوصول إلى حالة طبيعية بأسرع وقت وتنفيذ نصائحه وتوصياته بشأن العلاج. وهذا الفشل أحيانا في التعاون مع الطبيب يرجعه هذا الأخير إلى الفقر، صعوبة الحياة المعيشية، قلة الوعي الصحي والعادات والتقاليد المرتبطة بالصحة والمرض. ولهذا نستنتج أن المريض لا تتوفر لديه الثقافة الصحية.

إن دور الطبيب تمثل في إرشاد المريض وتقديم له أهم الإحتياطات الواجب إتخاذها. أما دور المريض في معظم الحالات يظهر في عدم التعاون والتنفيذ للإرشادات الطبية. ففي هذه الحالة لا توجد المشاركة المتبادلة بين الطرفين التي تتضح أكثر في معالجة الأمراض المزمنة. وفي هذا الحال يفترض على كل من الطبيب والمريض أن يشاركا في التفاعل الإجتماعي، حيث يحتل الطبيب مركز القوة والنفوذ في هذا الموقف بسبب إمتلاكه للمعلومات الطبية والخبرة المهنية. إذ أنه يصف العلاج وعلى المريض تنفيذه. بينما هذا الأخير يحتل مركز الضعف ويكون دوره ثانوي في التفاعل، يستوجب عليه تقبل كل الأوامر وطاعة تعليماته للوصول إلى حالة أفضل. وقد يتحكم الطبيب في عملية التفاعل التي من خلالها تبرز العلاقة طبيب-مريض.

ومن خلال هذه المقابلة نلاحظ عدم إهتمام الطبيب بالحوار وإمداد مرضاه بالمعلومات الكافية حول المرض وطريقة العلاج، وهذا راجع إلى تصارع أدوار الطبيب مثل ضيق الوقت وكثرة المرضى، إذ يحاول تقسيم الوقت حسب حالة كل مريض خاصة. وهذه العوامل تؤثر في إكتساب المعرفة الصحية.

المطلب الثامن عشر: عرض الحالة الثامنة عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، 42 سنة، متزوجة، إختصاص أمراض القلب، تعمل بمصلحة أمراض القلب مستشفى بني مسوس، لديها 12 سنة خبرة مهنية.

1- نص القابلة الثامنة عشر:

العلاقة طبيب- مريض:

لكسب ثقة المريض لا بد من فتح الحوار دائما معه، معرفة حياته الشخصية النفسية والإجتماعية وبالتالي بناء علاقة إنسانية سليمة معه. ونحن دائما نقدم للمصاب إحتياطات وتعليمات طبية تتمثل في تصحيح عوامل الخطر أو تعديلها، الحمية الغذائية، التمارين الرياضية والإنقطاع عن التدخين. فالمرضى لا ينفذون تعليماتنا الطبية بسبب صعوبة الحياة المعيشية، غياب الوعي الصحي. فألجأ إلى التأثير عليهم لتغيير

نمط حياته وتنفيذ تعليماتنا وذلك بالتحسيس حول المخاطر القلبية، حيث لا أستعمل أبدا القوة، النفوذ والسلطة عليهم لتغيير نمط حياتم. فالمستوى التعليمي للمريض يؤثر في إكتساب المعلومات الصحية، لأن الفرد ذو المستوى التعليمي المرتفع يفهم جيدا مرضه وإصابته المرضية. وفي هذا الال يمكن القول أن الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض تؤثر في ممارساته الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

إن الوقت المحدد للإستشارة الطبية للمريـض الواحد هو 30 دقيقة، وفي بعض الحالات أكـثر من 30 دقيقة. فهذا الوقت كافي، حيث أمنح له كل الوقت لطرح إنشغالاته وكل أسئلته، ومحاولة الإجابة على كل تساؤلاته بطريقة سهلة وواضحة. فأنا أستعمل اللغة التي يستخدمها المصاب. فالحوار والنقاش دائما مفتوح بيننا. وفيما يتعلق بالصعوبات التي يتلقاها المرضى في تبادل الحديث معنا، هذه الحالة لا أصادفها أبدا، وهذا راجع إلى الثقة مع الطبيب، فنجد بعض المرضى يتناقشون معنا في حالة تقديم لهم النصح والإرشاد.

ويمكن القول أن أهم العوامل التي تساعد مستقبلا المريض على حفاظه على صحته نجد الشيء الأكثر أهمية هو تكفل المريض بمرضه من حيث الريجيم والعلاج....الخ وأيضا المتابعة الطبية بإنتظام.

2- تعقيب حول الحالة الثامنة عشر:

نستنتج من خلال هذه المقابلة أن الدور الذي حدده الـتمع للطبيب تمثل في كسب ثقة المريض وبناء علاقة إنسانية معه، توظيف الطبيب كل مهاراته وخبراته لعلاجه وتنمية وعيه الصحي من خلال تقديم له النصح والإرشاد. فعملية التثقيف الصحي تستلزم توفر الوقت الكافي أثناء الإستشارة الطبية، إستخدام لغة وعبارات واضحة وأيضا فتح الحوار والنقاش مع المريض. وهذا كله يساعد هذا الأخير على إكتساب الثقافة الصحية. وإلى جانب ذلك ظهر عامل مهم في هذه العملية التوعوية الصحية حسب رأي الطبيبة ألا وهو المستوى التعليمي، حيث أن المستوى التعليمي المرتفع يجعل المريض يفهم جيدا مرضه.

وإنطلاقا من دور الطبيب، نرى بأن دور المريض المتمثل خاصة في محاولة المريض مساعدة الطبيب وتنفيذ نصائحه وتعليماته أي رغبة المريض للإمتثال للشفاء غائبة في كل الحالات. وهذا يعني إنعدام الثقافة الصحية المتمثلة في المعرفة، الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة. وفي هذا الصدد فإن الطبيبة لا تتبع سياسة سلطوية مبنية على النفوذ المهني للتأثير على المرضى غير المنفذين لتعليماتا، بل تقوم فقط بتحسيسهم بخطورة المرض. والسبب في ذلك ترجعه إلى أن هناك عوامل تجعل المريض لا ينفذ التعليمات أهمها صعوبة الحياة المعيشية وغياب الوعي الصحي. ولهذا يمكننا القول بأن الطبيبة في هذه الحالة لا تلتزم بواجبها في تقويم السلوك الإنحرافي والمتمثل في المرض وأيضا تحقيق الضبط الإجتماعي، وهذا نتيجة عدم إرغام المريض على تتبع نصائحها وتعليماتا الطبية.

المطلب التاسع عشر: عرض الحالة التاسعة عشر:

تعريف بالحالة: طبيبة، 30 سنة، متزوجة، إختصاص طب داخلي، تعمل بالطب الداخلي، مستشفى بني مسوس، مدة خبرتا المهنية هي 4 سنوات.

1 - نص المقابلة التاسعة عشر:

العلاقة طبيب- مريض:

لكسب ثقة المريض يجب علينا فتح الحوار دائما معه، معرفة وضعيته النفسية والإجتماعية. وهذا من أجل بناء علاقة سليمة معه، وأيضا التحدث معه ومعرفة إن كان توفي في عائلته شخص بذا المرض، شرح وجعل المريض يتقبل مرضه.

إن أهم الإحتياطات والتعاليم الطبية التي نسعى إلى تقديمها للمريض هي محاولة منا جعله يتقبل مرضه، لأن ذلك مهم في حياته وفي علاج مرضه. وأيضا حثه على إستخدام، تتبع أحسن ريجيم وعلاج بالنسبة لداء السكري، ضغط الدم والقلب، والمحافظة على الصحة بالتمارين الرياضية والمشي. ومحاولة منا حثه على تنظيم حياته المهنية أو ترتيب أو تيئة منصب عمله والإندماج بشكل طبيعي أكثر في الحياة الإجتماعية. وبالرغم من النصائح التي نقدمها للمرضى، إلا أنم لا ينفذونا دائما، وذلك بسبب الفقر، صعوبة الحياة المعيشية، العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة وأيضا التقبل الخاطئ لمرضهم. فتأثيرنا عليهم لتغيير نمط حياتم بتنفيذ تعليماتنا يكون عن طريق شرح المضاعفات والنتائج السلبية لمرضهم على مستوى أجهزة الجسم، القلب، العينين والمخ. فأنا ألجأ إلى إستخدام القوة والسلطة في التعامل مع المرضى غير المنفذين لتعليماتي الطبية. فنجد أن المستوى التعليمي يلعب دور في إكتساب المعلومات الصحية، لأن المصابين بالمرض المزمن ذوي المستوى التعليمي المرتفع يعرفون جيدا مرضهم، إنم يتقبلونه، يأخذون بطريقة جيدة العلاج، الدواء، أحسن تتبع للعلاج، واعين كل الوعي حول مرضهم. أما بالنسبة للوضع السوسيو- إقتصادي للمريض فإنه يؤثر تأثير كبير على الممارسات الصحية.

الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

تتراوح المدة الزمنية أثناء الإستشارة الطبية لكل مريض ما بين 20 و 30 دقيقة، وهي فترة زمنية كافية للإستشارة الطبية، حيث أمنح الفرد المريض الوقت الكافي لطرح تساؤلاته والإجابة عليها بطريقة سهلة وواضحة بإستخدام الدارجة وأيضا الدارجة والفرنسية في آن واحد. فالحوار والنقاش دائما مفتوحا بيننا ليكون أحسن إكتساب أو تبني للعلاج والحمية الغذائية وأحسن توازن لضغط الدم ونسبة السكر في الدم. في هذا الصدد المرضى الأكثر تعليما هم لديهم إستعداد وسهولة في الإتصال معنا لأنم واعيين بمرضهم، مضاعفاته ونتائجه. فنجد أن بعض المرضى يطرحون أسئلة ويحاولون معرفة حالتهم الصحية والعلاج.

والبعض الآخر منهم أحيانا يجدون صعوبة في تبادل الحديث معنا بسبب القلق. وفئة أخرى منهم يناقشون ويتجادلون معنا أثناء تقديم لهم الرشد والنصائح.

إن أهم العوامل التي تجعل المريض يحافظ على صحته هو تقبله لمرضه المزمن ومعرفة نتائجه، إستخدام جيد للعلاج، الريجيم الغذائي، الرياضة والمشي.

2- تعقيب حول الحالة التاسعة عشر:

ما يمكن إستخلاصه من هذه الحالة هي أن بناء العلاقة طبيب- مريض علاقة إيجابية بين الطرفين ترتكز أساسا على المساهمات التي تنتهجها الطبيبة في محاولتها لبناء هذه العلاقة، وذلك من خلال عامل الثقة وعامل معرفة خصوصيات المريض وكل ما يتعلق به، هذا في بداية المراحل الأولى لبناء العلاقة، حيث أن العلاقة تبدأ من الوهلة الأولى أثناء تلاقي كل واحد منهما مع الآخر وتستمر حسب مدة العلاج. وكما هو معروف في حالة الأمراض المزمنة العلاج مستمر وبالتالي العلاقة مستمرة، وهذه العلاقة ممكن أن تأخذ صفة الإيجابية أو تأخذ صفة السلبية المبنية على التوترات والصراعات.

وإذا تكلمنا عن العلاقات الإجتماعية فنتكلم عن عملية الإتصال والتفاعل الإجتماعي والذي يعتبر فيه الحوار أهم المتغيرات الفعالة. وفي هذا المجال الوقت يعتبر وقت كافي بالنسبة لهذه الطبيبة يساعد المريض على طرح تساؤلاته والإجابة عليها. إلى جانب الوقت نجد اللغة والتي تكيفها الطبيبة حسب اللغة التي يتكلم بها ويفهمها الشخص. إضافة على ذلك، فإن للتعليم أهمية في عملية الإتصال وفي كسب المعرفة الصحية، إلا أن القلق هو سبب من الأسباب المعيقة لعملية الإتصال بين الطبيب والمريض. وهذا يقودنا إلى الحديث عن الحوار المفتوح بينهما، وإذا توفر الحوار والنقاش يجعل الطبيب يقوم بالدور التثقيفي لتنمية الوعي الصحي للمريض ونشر المعرفة الصحية التي تعتبر منهج تعليمي يهدف إلى تغيير الأفكار، المعتقدات وحتى السلوكات غير الصحية.

إن العلاقة طبيب- مريض مبنية من خلال الأدوار الإجتماعية لكلا الطرفين. وفي هذا الصدد، فإن السلوك المتوقع من المريض والذي يتوقعه الطبيب هو رغبته في التعاون مع طبيبه المعالج والإمتثال لنصائحه. وفي هذه الحالة الطبيبة غالبا ما لا يتعاون المرضى معها، حيث لا ينفذون النصائح الطبية. وترجع الطبيبة أسباب ذلك إلى الأوضاع المعيشية، العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة وأيضا التقبل الخاطئ لمرضهم.

المبحث الثاني: التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وتأثيره على الثقافة الصحية.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض تنمو من خلال أنماط التفاعل الإجتماعي التي تحدث بينهما، وفي حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب، فإن العلاقة تعرف بعلاقة المشاركة المتبادلة، حيث أن في هذه الحالة الطبيب يحتاج إلى مساعدة المريض من خلال تنفيذ العلاج والتعليمات الطبية التي يقدمها له، فهو يساعد المريض على مساعدة نفسه ويكون في حاجة ماسة لإتمام العلاج وتتبعه من خلال الملاحظات والأعمال التي يقوم با. ويعني ذلك يحتاج المريض لخبرة الطبيب والطبيب يحتاج من المريض أن يتبع العلاج ويراقب حالته المرضية وأن يغير من كمية الدواء عند حاجته لذلك. فالطبيب يكوّن المريض على أن يكون طبيب نفسه.

إن مجرى التفاعل الإجتماعي أثناء الإستشارة الطبية يبدأ من طرف الطبيب والمريض الذي يعتبر فاعل إجتماعي مهم في هذا المال، يبدأ بالتعبير عن المشاعر السلبية أو الإيجابية ثم يصل إلى الوعي الإنفعالي تم إلى سلوك الإيجابي.

ولنقل صورة حية وواقعية لما يدور في جلسات العلاج نسوق تفاصيل ما دار في جلسة طبية حضرناها في مستشفى بني مسوس مصلحة الطب الداخلي، حيث حاولنا التأمل في الحوار الذي جرى بين الطبيبة والمريض (ة) في جلسة العلاج وأيضا إستخراج العلاقة ونوعها، هو توجد توترات وصراعات أي علاقة المشاركة المتبادلة أم لا.

إن الطبيب ينشر الثقافة الصحية وينمي الوعي الصحي لدى المريض بطريقة شعورية أو غير شعورية لأن طبيعة عمله تفرض عليه أن يقوم بذا الدور. ومن خلال لقائنا مع المرضى وملاحظاتنا الشخصية فإن بعض الأطباء تكون مدة الإستشارة الطبية نصف ساعة وأكثر حسب المريض وشخصيته. فالطبيب دائما يلجأ إلى خلق الحوار والإتصال بينه وبين المريض للتخفيف من معاناته ووعيه الصحي. وقد يكون الرفض بطريقة غير مباشرة من طرف المرضى بسبب نظرتم السيئة للأطباء، خوفهم منهم ومن المئزر الأبيض حسب تصريح طبيبة، بحيث تقول "بأن المرضى عندما يرو المأزر الأبيض يخافون". وقد كشفت لنا المقابلات التي قمنا با أن بعض المرضى يخجلون من الأطباء ولا يصرحون عن مشاعرهم، مخاوفهم وحتى عن آلامهم التي تراودهم في حياتم اليومية، ونجد هذا خاصة عند الأميين والنساء.

وقبل التطرق إلى نص الإستشارات الطبية سوف ندرج محتوى المقابلة التي أجريت مع الطبيبة التي تعمل بمستشفى بني مسوس مصلحة الطب الداخلي بتاريخ 2006/05/21. إذ تقول بأنا في بداية عملها عندما قدمت لها الملفات الخاصة بالمرضى المصابين بداء السكري قامت بتصفحهم ووجدت إرتفاع نسبة

داء السكر لدى بعض المرضى، حيث تقدر النسبة بـ 4 غ/ل، فدهشت من هذا. وحسب تصريحها "عاودت درت l'éducation وبالحماس الذي كنت متزودة به فإن المرضى بدأو يطبقون النصائح والريجيم في بداية الأمر عندما رأوني متحمسة وكما تعرفين في بداية العمل الإنسان يكون متحمس، ولكن مع مرور الزمن بدأ المرضى يلاشيو النصائح وعرفت ثم وعلاه المرضى ما يطبقوش الريجيم، وكيما تعرفي الريجيم، المريض ما يقدرش يديروا خاطر المريض لي بالسكر لازم لو الخضرة والخضرة غالية والمريض في الجزائر ما يقدرش يدير الريجيم، ياكل الحبوب العدس...الخ وهايليك يما ثاني مريضة بالسكر سيبت نديرلها ريجيم كيما لازم ما تقدرش تاكل الحبوب. في الجزائر الريجيم Impossible شوية من المريض وشوية من الغلاء".

ومن خلال حضور الإستشارة الطبية مع هذه الطبيبة، فيمكن القول، بأنا تسعى دائما إلى فتح الحوار مع المريض وبناء علاقة إنسانية سليمة معه وحتى أنا تعرف جميع مرضاها معرفة جيدة من خلال مشاكلهم الإجتماعية والنفسية المحيطة بم. كما أنا تعطي الوقت الكافي للمصاب وتجيب على أسئلته بطريقة سهلة حسب مستواه التعليمي، وقبل وصف له الدواء تسأله عن ما مدى توفر له بطاقة الضمان الإجتماعي وهل يمكنه شراء جهاز لقياس نسبة السكر في الدم مثلا. وتقوم بنصحه، إرشاده وتوجيهه إلى أطباء آخرين مختصين في أمراض أخرى. كما أن المرضى يرتاحون معها ولا ينزعجون. فهم يتكلمون بكل حرية. وهذا راجع إلى شخصيتها، حيث تعامل المريض كإنسان وكذلك راجع إلى مدة العلاقة بينها وبين مرضاها وهي مدة طويلة. كما لاحظت أن الطبيبة تعرف جيدا المرضى الذين يتحايلون ولا يتجاوبون معها، فهي تلجأ أحيانا إلى السلطة. مثلا بدأت مريضة تشكوا لها فقالت لها الطبيبة خلاص خلاص هنا تحبس، لأن هذه المريضة لم تساعد الطبيبة بل هي دائما لا تنفذ النصائح. أما فيما يخص اللغة فإن الطبيبة تستعمل بعض المصطلحات الطبية خاصة أسماء الأدوية مع بعض المرضى، حيث تسأل المريض هل تقرأ شوية فإذا أجابا بنعم فهي تشرح له وتقول له عن بعض الأدوية. كما أنا تصارح المرضى عن حالتهم، هذا ليس تخويفا وإنما يدخل في إطار التأثير على المريض من أجل الإعتناء بصحته. وقد تفرض عليهم بعض التعليمات التي يجب إتباعها في نظام الحياة، خاصة الريجيم والحركة وقياس نسبة السكر أو ضغط الدم وتقديمه لها لمعرفة الحالة الصحية لهم. وتطلب منهم شراء جهاز لقياس نسبة السكر في الدم. وقد تؤكد الطبيبة على أن "المريض ليجي بالحنانة والعقلية تعامله مليح ولي يكون مخشن راسو لازم تستعملي القوة وتكوني sévère معه. فبعض المرضى تفتح معهم الحوار والنقاش والبعض الآخر لا. وتشدد على المرضى الذين يرتفع سكرهم على أن يتبعوا بعض النصائح مثلا "إذا كان السكر طالع لازم يزيدو 2 Dose وإذا كان حابط ينقسوا 2 Dose " يعني ذلك أن الطبيبة تقوم بتوعية المرضى وتقديم لهم النصح والإرشاد. وهذا من خلال التدوين في البطاقة أي تسجيل نسبة السكر في الدم، حيث تقول الطبيبة لمريض أثناء الإستشارة الطبية "وعلاش ما نديروش la confiance فيكم ولا في البريفي. صح كاين بعض المرضى يقولو نتريشو كي نكتبو في الكارطة نسبة السكـر باش الطبيب ينقصلنا الأنسـولين أو الدواء". وتضيـف أن مريض قال

لها: "نحيلي كل حاجة غير القازوز ما تقوليليش عليه". وهذا يعني التشبث بالعادات غير الصحية. وبالتالي الطبيبة لم تقدر على تغيير هذه العادة في المريض وبالتالي تركته.

وفي هذا الصدد أي نوع من أنماط التفاعل الإجتماعي يود الأطباء والمرضى إقامته؟ وهو توجد عوامل تؤثر في بناء هذه الأنماط؟ وكيف يكون تأسيسها؟

وعليه لمعرفة نمط التفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى وتأثيره على إكتساب الثقافة الصحية قمنا برصد مجموعة من الإستشارات الطبية والتي نعالجها في الصفحات التالية:

المطلب الأول: الإستشارة الطبية الأولى:

وصف الحالة: مريضة مصابة بالضغط الدموي والسكري تبلغ من العمر 40 سنة ومتزوجة.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الأولى:

والتي مدتا أكثر من 15 دقيقة.

تدخل المريضة قاعة العلاج

المريضة: صباح الخير

الطبيبة: صباح الخير أجلسي

المريضة تجلس

الطبيبة: Sava la tension

المريضة: شوية

الطبيبة: راكي تديري نصف ملح ونصف مسوس، الماكلة عادية، الملح تاكلي نصف نصف المرقة عادية تاكلي كيما ياكلو كامل برك الخبز مسوس.

المريضة: إيه.

الطبيبة: والدواء راكي تأخذيه مليح

المريضة: إيه بصح طلعتلي La tension

الطبيبة: شحال طلعتلك

المريضة: وليت ناكل زوج دواوات.

الطبيبة: حبسي قع الدواء.

المريضة: إيه وتقدم الدواء وتقول لها هذا الدواء وحده في النهار.

الطبيبة: هذا الدواء ما تحبسيهش.

المريضة: ماكاش عندي باش نشري الدواء سلفت من عند جارتي زوج حبات دواء ولازم نرجعهوملها.

الطبيبة: ما تقدريش تشري الدواء عندك كارطة تجيبي الدواء باطل.

المريضة: في المرة اللاخرة قالولي ديري contrôle باش نديرولك كارطة.
وتقدم المريضة للطبيبة التحاليل الطبية وبطاقة قياس ضغط الدم.
الطبيبة: La tension لا باس عليها، والسكر كيفكيف.
المريضة: رحت لي الطبيب البريفي على المرض لي راه فيا الوجع في رجلي
الطبيبة: أخي بعثتك للطبيب لباب الواد على Le goitre
هو ما قالكش ديري براسيون وأنت ما حبيتيش تديري براسيون.
المريضة: قالي وين حبيتي تديري براسيون تديري.
الطبيبة:خلاص صايي حبسي حبسي،ماشي هو يقولك وين حبيتي تديري تديري الطبيب وين بعثك تديريه.
المريضة: مانيش قادرة نتحرك من بلاستي.
الطبيبة: هاتي نقيسلك La tension وتقيس للمريضة ضغط الدم.
المريضة: تسأل الطبيبة على ضغط الدم وتقول لها مليحة.
الطبيبة: 14/7.
المريضة: الله يعطيك الصحة.
المريضة تحمل الدواء وتضعه في الحقيبة.
الطبيبة: أشربي الدواء وكي تروحي عند طبيب آخر وريلهم الدواء لي راكي تشربيه.
المريضة: إيه
الطبيبة: شحال جارتك سلفتلك الدواء من عندها.
المريضة: بواطة.
الطبيبة تذكر إسم المريضة لتكتب لها الدواء.
المريضة: إسمي هكذا ماشي كيما كتبوهلي. توضح إسمها جيدا وتقول دائما يقولولي الزهور.
الطبيبة: المرة اللولة كتبوهلك هكذا في الدوسي. وتكتب لها الدواء.
المريضة: ما نقدرش نتمشى ونصفار.
الطبيبة: شحال في عمرك.
المريضة: عمري 40 سنة.
الطبيبة: عندك L' assurance باش ترنبورسي الدواء.
المريضة: إيه.
تقدم الطبيبة الوصفة الطبية للمريضة.
وتقول لها المريضة صح وتخرج من قاعة العلاج.

2- تعقيب عن الإستشارة الطبية الأولى:

بمجرد خروج المريضة من القاعة تقول لي الطبيبة بأن هذه المرأة تمضي معها ساعة كل ما تأتي إليها، وهي دائما تشتكي ولا تطبق نصائحها وتتجاهل الأمور "ما تطبقش واش نقولها، وتدير روحها ما علابالهاش. حتى أني أبعثتها لي طبيب وخداخر على شك واحد ما راحتش وكي تجي ليا تضل تشتكي وعلى هذا قلتلها هنا خلاص صايي حبسي حبسي". وما هو ملاحظ أثناء الإستشارة الطبية من خلال الحوار، فإن هذه المريضة تشكوا كثيرا من أمراض أخرى وهي كثرة الكلام، حيث تظن بشكواها بأن الطبيبة ستخلصها كليا من مرضها. إذ أن النساء أكثر ثرثرة عند التلاقي مع إمرأة طبيبة عكس التلاقي مع طبيب.

ومن خلال ما سبق، تظهر بداية حسنة في الإستشارة الطبية من طرف الطبيبة التي تبدأ بالتفاعل من خلال معرفة الحالة الصحية للمريضة. وقد تظهر ملامح التثقيف الصحي جليا في البداية مع تنمية الوعي الصحي لهذه المصابة، بحيث نلاحظ أن هناك تجاوب بين الطرفين ويوجد تعاون من طرف المريضة التي تحاول إخبار طبيبتها بحالتها الإقتصادية من خلال عبارات "ماكاش عندي باش نشري الدوا سلفت من عند جارتي زوج حبات دوا ولازم نرجعهملها". ففي هذه الحالة فضوليات الطبيبة يجعلها تتدخل في خصوصيات مريضتها ومعرفة حالتها الإجتماعية ومحاولة مساعدتا. ويظهر هنا التفاعل الإيجابي في البداية من طرف الطبيبة ويبدوا أن هناك علاقة إيجابية بين الطرفين. علاقة المشاركة المتبادلة في بداية الأمر. إذ أن المريضة تراقب حالتها الصحية حسب أقوالها من خلال قياس ضغط الدم. وهذا يساعد كثيرا في معرفة تطور الحالة الصحية للفرد. ويبدوا في البداية أن الطبيبة لا تسيطر على التفاعل ولا تستخدم سلطتها ونفوذها لأن كل شيء عادي. ولكن قد تستغل المريضة هذا الوضع عندما تتأكد بأن التفاعل إيجابي وهناك علاقة حسنة، حيث تحاول إبراز كل ما با وما جرى لها من خلال توضيح للمشاكل الأخرى التي تعاني منها وهي في الغالب غير مهمة. وقد يظهر رد فعل الطبيبة عنيف نوعا ما لأن مريضتها قد تاونت في تطبيق نصائحها. وعليه تحاول الحد من التفاعل وإستعمال السيطرة والنفوذ، إذ تقول "خلاص حبسي حبسي، ماشي هو يقولك وين تحبي تديري الطبيب وين بعثك تديريه". وفي هذا الال تستعمل المريضة الحيلة للتأثير على طبيبتها ولكي لا توبخها وتضغط عليها، فهي تتمارض أمام طبيبتها وتقول لها "مانيش قادرة نتحرك من بلاستي". ومن خلال ذلك تحاول هذه المرأة خلق تفاعل إيجابي من خلال عبارة "الله يعطيك الصحة". ويبدأ التفاعل المبني على التشخيص بالدرجة الأولى وقد يكون الإتصال تارة شفهي وتارة غير الشفهي طاغي في هذه الحالة، حيث يعتبر هذا العامل وسيلة فعالة في بناء التفاعل بين شخصين. وتحاول الطبيبة من جديد تنمية الوعي الصحي لدى مريضتها وتقديم لها النصائح. ويظهر بأن المريضة في موقف الضعف والعكس بالنسبة للطبيبة التي هي في موقف القوة تمارس سيطرتا ونفوذها على مريضتها.

فهذه الأخيرة تحاول من جديد إبراز مشاكلها الصحية والطبيبة تحد من هذا التفاعل مرة أخرى وتحاول بناء تفاعل معين. بالرغم من أنا تحاول دائما بناء تفاعل إيجابي مع مرضاها في البداية. وقد يستمر هذا التفاعل أو يتوقف نتيجة عدة عوامل أهمها ما يتعلق بالمريضة. وقد يلجأ بعض المرضى أحيانا إلى الكذب في حالة عدم تنفيذهم للعلاج الطبي وتعرفهم الطبيبة جيدا من خلال ملامح وجههم وحتى من خلال بعض التحاليل الطبيبة.

إستخلاصا من نص الإستشارة الطبية الأولى نستشف بأن التفاعل بين الطبيبة والمريضة هو تفاعل سلبي في مجمله، حيث أن الطبيبة لا تحاول فتح الحوار مع المريضة وهذا يعود أساسا إلى أن هذه المريضة تتظاهر بالفهم وعدم الإعتراف بمرضها، كما أنا لا تضع الثقة الكاملة في الطبيبة، فهي لا تتعاون معها أي لا توجد علاقة متبادلة بين الطرفين. ولهذا السبب الطبيبة تحاول أن تكون العلاقة مجرد علاقة محدودة طبيب- مريض لا أكثر ولا أقل وهذا سوف يقلل من عملية نشر التوعية الصحية وبالتالي المريض لا يكتسب ثقافة صحية.

المطلب الثاني: الإستشارة الطبية الثانية:

وصف الحالة: شاب يبلغ من العمر 32 سنة، أعزب، مصاب بمرض السكري ولديه مشكل في رجله سببه مرض السكر.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الثانية:

يدخل المريض قاعة العلاج ويجلس في الكرسي.

الطبيبة: صباح الخير، واش راك Sava.

المريض: لا بأس

الطبيبة: أعطوني إسم واحد للأنسولين، La prochaine fois نعطيهالك.

المريض: إن شاء الله.

الطبيبة: على رجلك كيفاه.

المريض: رحت لدويرة قالي الطبيب ماتنجحش العملية النسبة قليلة وحتى في الخارج.

الطبيبة: وين لي قالولك.

المريض: في الدويرة.

الطبيبة: درت لي أعطيتلك تديرو Les analyses.

المريض: لا لا .

الطبيبة: وعلاه مادرتاليش هي الصح.

المريض: هذي هي نتاع الصبح التحاليل.

يقدم لها التحاليل الطبية. هذه الخطرة ماهوش نورمال السكر.

الطبيبة: واش نو.

المريض: يطلعلي السكر.

الطبيبة: le bilan لي أعطيتولك ما درتمش قع. هكذا ما راكش قاع l'équilibrée السكر نتاعك ماهوش مريقلي على لي فات.

المريض: إيه.

الطبيبة: عندك l'assurance الدواء ترفدو باطل.

المريض: إيه.

الطبيبة: نعطيلك Anfochimie نعطيلك نوع آخر من الأنسولين تشد 24 ساعة يسموها Lomtuse .
كيما الفطور والعشاء تدير الأنسولين نتاعك.

المريض: يعني trois fois .

الطبيبة: هذه الأنسولين مليحة ديرها وقت واحد، وعلى العشاء والفطور دير L'ordinaire الأنسولين العادية.

المريض: البواطة صفرة.

الطبيبة: ما نعرفش لون البواطة، بصح هي جاية كالماء. لا عندك l'assurance ترنبورسي 100 % .
شوف وليلي على 15 يوم ودير الأنسولين الجديدة.

المريض: معليش ناكل ونقيس le glycémie والكمترول نفهمك.

الطبيبة: وليلي للكونترول، وذرك نفهمك نعطيك الورقة كيفاه تدير La date.

المريض: أكتبتهم، كي ندير le glycémie.

الطبيبة: بصح جيبلي ستيلو l'appareil stylo نتاعك. ماشي ماندیروش la confiance فيكم.

المريض: كاين مرضى يتريشو

الطبيبة: باش الخدمة تسهلها ديرلي un tableau .
وكي نشك نروح نعاود نفيريفيي في l'appareil.

المريض: نقيسهم ديما. نقيس السكر.

الطبيبة: ذرك أنا نفهمك كيفاه تدير وتقيس السكر نتاعك.

المريض: كانت عندي وحدة ما فيهاش la date.

الطبيبة: تكتب له الوصفة وتقول له: العلبة نتاع الأنسولين تحكم لك شهر وإذا فات عليها الشهر ترميها مام ما خلاصتلكش.

وتفهم الطبيبة المريض وتقول له: نبداو بعشرة Dose مقدار الأنسولين.

الطبيبة: تزيد les doses كي يحبطلك السكر لا بد أن تعدل. وتوضح له الطبيبة وتشرح له عن الأنسولين وتقول له mais لخرا هذه ما تقسمهاش، هذه غيرها تدير la bon glycémie وتسأله عن موعد الأكل وتقول له: على قداش تتعشى على الثمنية.

المريض: الثمنية.

الطبيبة: كي تتعشى على الثمنية تدير الأنسولين على الثمنية.

المريض: على الثناش كي نديرها في la seringue ونديها باش نديرها على الثناش تتبيريها.

الطبيبة: تتبيريها .

الطبيبة: كان عنك stylo.

المريض: في لوّل كان عندي stylo جابوهلي من فرنسا.

الطبيبة:le stylo rapide جيبهولي المرة الجاية.

المريض: مديتهم خلاص ما نستعملهمش.

الطبيبة: عندك les moyens.

المريض: نخمّم.

الطبيبة: ما يمشيش فيها.

وبعد ذلك تشرح له الطبيبة كيفية إستعمال الأنسولين الجديدة وتقول له: نديرلك 1 بوغ.

شحال في عمرك.

المريض: 32 سنة.

ويقدم المريض أوراق للطبيبة.

الطبيبة: خلي هذا عندك.

المريض: ديريلي certificat .

وبعد ذلك يحمل المريض الأوراق لي كتبتها له الطبيبة.

الطبيبة: تكتب له certificat

المريض: سما لباطة نتاع الدوا نحبسها كامل.

الطبيبة: تبع le schéma لي طيتهولك. هاهي certificat نتاعك.

المريض: ندير كل سمانة.

الطبيبة: ديرلي مرّ مرّ l'appareil نتاعك ووحدك قبل ما تجي. وراهي la carte نتاعك أعطيتهالي.

المريض: نعم.

الطبيبة: كيما قتلك نشوفك على 15 يوم.

المريض: ماشي هذه السمانة.

الطبيبة: ماشي السمانة لي جايا لي موراها voila.

المريض: صح.

وبعد ذلك ينهض المريض للخروج.

الطبيبة: أستنى دقيقة.

ينتظر المريض.

الطبيبة: هيليك هنا تحطلي la date وأكتبلي هنا. ما تفاسيش من l'appareil وجيبها معاك.

المريض: صح. ويخرج المريض من قاعة العلاج.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية الثانية:

نلاحظ في هذه الإستشارة بداية تفاعل إيجابي بين الطبيبة والمريض، حيث تحاول كسب ثقة مريضها ومعرفة حالته الصحية من كل جوانبها. ويظهر عدم التنفيذ من طرف المريض، يعني عدم التعاون بين الطرفين وهذا يخلق عدم تحقيق الهدف في النسق الطبي. ونتيجة ذلك، يبدوا تدهور صحته. وقد نتج عن ذلك الحد من التفاعل من طرف الطبيبة، حيث أصبح مبني على التشخيص والعلاج أي تفاعل سلبي بسبب عدم التعاون معها وإعترافه بعد التنفيذ للإرشادات الطبية. ومن جهة أخرى تحاول الطبيبة التدخل في حياة المريض خاصة المادية ويبدوا أن هناك سيطرة على التفاعل. ونتيجة لعدم جدوى العلاج الأول تلجأ الطبيبة إلى تغيير نمطه بإدخال وسيلة جديدة لعلاج مرض السكر وهنا تظهر عدم ثقة الطبيبة في مريضها نظرا إلى الغش والكذب وإلى عدم تعاونه معها.وبالرغم من ذلك تستمر توعية المريض ونشر التربية الصحية وإفهامه كيفية إستعمال الدواء الجديد وفرض عليه تتبع بعض التعليمات. وهذا قصد مساعدتا في تحديد تطور الحالة الصحية له. ومن خلال ذلك تظهر علاقة المشاركة المتبادلة التي يحاول الطبيبة جاهدة بناءها مع مرضاها من أجل غرض واحد فقط، وهو تحسين الحالة الصحية للمريض. وفي هذه الحالة يبدوا أن الطبيبة لا تثق كثيرا في مرضاها. وذلك من خلال العبارات التالية: "بصح جيبلي ستيلو l'appareil stylo نتاعك. ماشي ما نديروش La confiance فيكم" لأن بعض المرضى يتحايلون على الأطباء ويستعملون الغش والكذب وسيلة لإقناع طبيبهم. فحسب التجارب التي مر با الأطباء كشفوا بأن هناك حالات من هذا النوع، وبالتالي يمكن أن يلجأ إليه عدد كبير من هؤلاء ضنا منهم أن الأطباء لا يعرفون حياتم. فالحقيقة معروفة لأن المريض الذي لا يتقيد بتعليمات طبيبه هو حتما ظاهر وواضح، فحالته الصحية تثبت ذلك. وعليه فهذه الأسباب تخلق صراعات وتوترات في العلاقة بين الطرفين. فيصبح الطبيب لا يثق في مريضه وهذا الأخير أيضا لا يثق في طبيبه أي لا يوجد تعاون بينهما. والذي سوف يتضرر في هذه المعادلة هو المريض حقا لأن صحته تتلاشى دون الشعور با. وإستنادا على ذلك، فإن الطبيب هو الوسيلة الفعالة التي يحاول التمع من خلالها معالجة الإنحراف المتمثل في المرض، وهذا لا يعني أنه هو المسؤول على صحة المريض، بل أن هذا

الأخير له دور فعال في ذلك عن طريق التقيد بمسؤولياته وواجباته التي حددها له التصور البارسونزي كما أن له حقوق وإلتزامات.

ونتيجة وجود علاقة إيجابية بين الطرفين، يبدوا أن المريض لا يخجل من الطبيبة ويسألها عن كل حالة قصد معرفة بعض الأمور الصحية وإكتساب المعلومات الطبية. وذلك من خلال العبارة التالية: "على الشاش كي نديرها في La seringue ونديها باش نديرها على الشاش تتبيريما". ومن جانب الطبيبة فإنا تجيب على أسئلته وتمنح له الوقت لطرح تساؤلاته دون أية حواجز نفسية أو شخصية. ويستمر التفاعل الإيجابي بينهما لأن الطبيبة تفتح الحوار وتدخل في خصوصياته، فهي ليست من النوع الذي يحد من فعالية التفاعل خاصة إذا كان المريض ذو شخصية إنبساطية، غير منطوية. ويظهر إلحاح الطبيبة على بعض الجوانب الطبية وعلى الموعد الطبي الذي يعتبر مفتاح العلاقة بين الطرفين.

بعد خروج المريض من قاعة العلاج تؤكد الطبيبة بعد المقابلة التي أجرتا مع المريض بأنه دخل إلى المستشفى وبعد خروجه لم يتبع إجراء المراقبة الطبية، وقد تخلى مرات عن العلاج وعندما تحطمت صحته لجأ إلى الخدمة الصحية.

إستنادا على الحوار أثناء الإستشارة الطبية نلاحظ أن الطبيبة لا تتعامل مع كل المرضى بنفس الطريقة أو نفس المعاملة، كل مريض حسب خصوصياته. فالمرضى الأكثر تكبرا وإفتخارا يتلقون معاملة سيئة. كما لاحظت أن الأطباء الذين لديهم خبرة مهنية طويلة يمضون وقت أطول مع مرضاهم مقارنة بالأطباء الأقل خبرة مهنية. وأيضا الرجال الأطباء أكثر مضيا للوقت مع مرضاهم مقارنة بالطبيبات. ومن خلال تواجدنا بالنسق الطبي لاحظنا أن العاملين به يتفاعلون مع المرضى، وغالبا ما يكون التفاعل سلبي بين الشبه الطبي والمرضى. وهذا راجع إلى أن المريض يريد أن تحقق له كل رغباته بطريقة سهلة وعند تلقيه أية مشكلة، فإنه يتفاعل مع الممرضين سلبيا. وفي بعض الأحيان فإن الأطباء يتدخلون فيقتنع المريض ويكون التفاعل إيجابيا بينهما.

وما يمكن إستخلاصه من نص الحوار بين الطبيبة والمريض، هو أن التفاعل يبدوا إيجابي بالرغم من عدم ظهور تعاون بشكل واضح بين الطرفين، حيث أنه يوجد تعاون نسبته ضعيفة. ويظهر من خلال الحالة الصحية للمريض التي تبدوا متدهورة نوعا ما. وهذا يعود إلى عدة عوامل أهمها ظروفه المعيشية. ويمكن القول أن الطبيبة أثناء علاجها للمرضى تقوم بتوعيتهم صحيا. وهذا ما ظهر في هذه الحالة، بحيث أنا قدمت نصائح، معرفة صحية وشرح لكيفية إستعمال الدواء. وعليه فإن التفاعل الإيجابي بينهما ساعد كثيرا في نشر التربية الصحية وتزويد المريض بالثقافة الصحية التي هي في الواقع قد لا تطبق مبادئها نتيجة ظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها المريض وأيضا عدم فهمه جيدا لهذه التعاليم، لأن بعض المرضى يتظاهرون بالفهم أمام الطبيبة نتيجة شخصيتهم المنطوية وبعض سماتم الشخصية. وبالتالي قد لا يستفسرون في حالة عدم الفهم. وهذه الأسباب تعيق في إكتساب الثقافة الصحية.

المطلب الثالث: الإستشارة الطبية الثالثة:

وصف الحالة: أنثى، متزوجة، متوسطة السن، مصابة بضغط الدم.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الثالثة:

تدخل المريض قاعة العلاج وتجلس.

الطبيبة: Sava madame شوية شوية.

المريضة: شوية شوية كتفي يصطر عليا ما نقدرش.

الطبيبة: من ويقتاه.

المريضة: من شهر. جهة برك

الطبيبة: عندك problème نتاع الروماتيزم. يجيك الخباط كي تكوني قاعدة.

المريضة: كي نكون قاعدة كي نخدم الشغل عيانة أنوض نقعد منى حاشاك يضرني.

الطبيبة: أطلعي تشير إلى السرير نحي حيجابك والفونارا.

المريضة: الحيجاب انحيه.

تصعد المريضة فوق السرير.

الطبيبة: راكي تاخذي نصف ملح الخبز دايما مسوس.

المريضة: نارات ما نشرباش نتاع الروماتيزم.

الطبيبة: نتاع la tension برك.

المريضة: عندي في رجلي الوجع.

الطبيبة: في زوج رجليك.

المريضة: في السخانة برك.

الطبيبة: أتكسلي تشوفي راكي تتحركي شوية.

المريضة: راني نضل جاريا.

الطبيبة: لازم عليك تتحركي.

الطبيبة: هذي قع تضرك.

الطبيبة: ما يقولكش راجلك كي تخرجي.

الطبيبة: عندك أبناتك متزوجين أقراب.

المريضة: عندي في بومرداس.

الطبيبة: تفحص المريضة وتقول لها: دوري تشوفي هكذا. أستناي تشوفي وين السطر.

المريضة: فوق هذا.

الطبيبة: العادة راحت عليك.

المريضة: راحت، عندي بزاف.

الطبيبة: ماشي هنا لي يوجعك في كتفك.

المريضة: هنا، هذي نحس بيها كيما توجعني. هنا توجعني من اللور.

الطبيبة: أقعدي تشوفي ماشي قلبك الروماتيزم.

المريضة: الروماتيزم أعطت لي راديو نتاع القلب.

الطبيبة: البرية جيبيهولي نشوفوا كي تديري راديو نتاع القلب. la tension madame راهي 12/08.

المريضة: ديما نعبرها.

الطبيبة: مليحة. ألبسي حوايجك.

الطبيبة تكتب الوصفة الطبية للمريضة وتجلس المريضة تقول لها الطبيبة ديري هذا التخطيط نتاع القلب.

المريضة: أعطيتيني برية باش ندير راديوا نتاع القلب كي يوصل الروندیفوا.

الطبيبة: قيسي la tension ماشي كل نار.

المريضة: مانيش دايما.

الطبيبة: كملي غير بنص الملح كيما كنتي.

المريضة: هذا راديوا ولا واشنو.

الطبيبة: راديوا نتاع القلب موالفين نديروه هذوك القدم لا صبتيه جيبيهلي مع الجديد باش نكونباري بينهم. راكي لا باس عليك. جيبيهلي على 3 شهر.

المريضة: صح يا بنتي.

وتخرج المريضة من قاعة العلاج.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية الثالثة:

نلاحظ من خلال هذه الإستشارة الطبية بداية تفاعل إيجابي من طرف الطبيبة التي تحاول كسب ثقة مريضتها. وهذا ما ساعد في إثارة المشاكل الصحية من طرفها بالرغم من أن هذه المشاكل ليست من إختصاص هذه الطبيبة. ونتيجة ذلك يبدأ الحوار بشكل فعال ليستمر التفاعل الذي أخذ بعدا. وقد ظهر من خلال عامل الإتصال الشفهي وغير الشفهي. كما لاحظنا أن الطبيبة لا تتخذ أي قرار طبي دون معرفة كل ما يتعلق بمريضتها وما مدى إتباعها لنصائحها من خلال عبارة "راكي تاخذي نصف ملح الخبز دايما مسوس". وقد تعترف المريضة بعدم تنفيذ النصائح الطبية خاصة في مجال الدواء بإستمرار من خلال عبارة "نارات ما نشرباش نتاع الروماتيزم" أي يظهر عدم التعاون الفعلي مع طبيب آخر. وهذا إنعكس على صحتها في مجال علاجها لضغط الدم، حيث ظهرت لديها عدة مشاكل صحية أخرى، إذ تقول "عندي في

رجلي الوجع". وما يمكن ملاحظته أن الطبيبة تقوم بعملها على أحسن وجه في مجال التشخيص والعلاج في الشطر الأول من الحوار، ليبدأ يظهر الدور الثاني للطبيبة من خلال "لازم عليك تتحركي". وهذا يستند على معرفة الظروف المحيطة بالمريضة، وسطها الأسري، حيث تقول لها الطبيبة "مايقولكش راجلك كي تخرجي" "عندك بناتك متزوجين". وهذا قصد رسم خطة علاجية للمريضة، إذ ينصح مرضى الضغط الدموي بالمشي بإستمرار لأن ذلك له فائدة على الصحة. ويتواصل الحوار بينهما والتفاعل الإيجابي خاصة من طرف الطبيبة التي تسر على معرفة وإكتشاف مصدر هذه الأعراض المرضية التي تعاني منها مريضتها، والتي هي في الحقيقة أعراض للروماتيزم. ومن خلال هذه الحالة تواصل الطبيبة توعية المصابة بالضغط الدموي وتقديم لها إرشادات طبية يجب إتباعها منها "قيسي La tension ماشي كل نار"، "كملي غير بنص الملح كيما كنتي". كما إكتشفنا في نص هذا الحوار أن الطبيبة تسعى إلى رفع معنويات المريضة التي لها أهمية في علاج المرض، حيث تقول "راكي لاباس عليك". وهذا يدل على إطمئنانا على صحتها، وكما هو معروف، فإن بعض المرضى قد يشكون من مشاكل صحية ومجرد مع الطبيب يزول مرضهم بالرغم من عدم تناولهم للأدوية. وهذا راجع إلى رفع معنوياتم النفسية التي لها أثرها الطيب على الحالة الصحية.

وعليه نستشف من خلال نص الحوار بين الطبيبة والمريضة نوعية التفاعل الإجتماعي بين الطرفين، حيث أن الطبيبة تحاول بناء نموذج تفاعلي إيجابي من خلال معرفة خصوصيات المريضة، وتشجعها على إثارة مشاكلها وأعراض متاعبها. ومن خلال ذلك نلاحظ أن الإتصال بينهما هو إتصال شفهي وغير شفهي وأيضا حوار مفتوح، لأن المريضة لا تكتفي بالإجابة على أسئلة الطبيبة، بل تثير أسئلة أخرى. كما نلاحظ في هذه الحالة وجود نوع من التعاون بين الطبيبة والمريضة من خلال تنفيذ هذه الأخيرة للنصائح الطبية. وهذا يعني أن نوعية التفاعل الإجتماعي بينهما ينمي الوعي الصحي لدى المريضة. وينتهي الحوار والتفاعل بين الطرفين الذي كان يطغى عليه الجانب الإيجابي الذي حاولت الطبيبة بناؤه والحد منه في بعض الحالات.

المطلب الرابع: الإستشارة الطبية الرابعة:

وصف الحالة: شابة، متزوجة، مريضة بداء السكري.

هذه المريضة تعاني مشاكل عائلية والطبيبة تعرف مشاكلها. كانت لها كنة تخلق لها المشاكل والآن قد توفيت ولكن أصحاب المنزل يتشاجرون معها ومع زوجها وقد إعتدوا عليها وحاولوا إخراجها من المسكن.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الرابعة:

تدخل المريضة قاعة العلاج.

الطبيبة: صباح الخير، راكي مليحة.

المريضة: Sava والله Sava المشاكل برك، المشاكل ما يخلاصوش العجوزة ماتت، ضربونا ورانا في الشرع سرقو وأداو الذهب. هذو الخاوة زوج بنات حاولو يدخلو راجلي للحبس.
الطبيبة: السكر راه طالع وين درتيها.
المريضة: ما درتاش في باب الواد. واش نديرو.
الطبيبة: السكر ماهوش مريقلي.
المريضة: قالولي بلي ماداروهمش مليح .
الطبيبة: شكون قالك.
المريضة: جارتي قالتلي درت.
الطبيبة: لا ماتديروش La confiance في البريفي أمبعد كيفاه. عندك l'appareil.
المريضة: ما عنديش، والله راني نعّير.
الطبيبة: جيبيهولي نشوفو.
المريضة: كان عندي نتاع العجوزة التعيار.
الطبيبة: كل حاجة عندها الحل، المرة الجاية جيبيلي، كي راكي تعيري.
المريضة: على العشية 2 غرام.
الطبيبة: كي يكون مليح أما ساعة.
المريضة: مرات غرام.
الطبيبة: الأغلبية كيفاه يكون مسقم ولا طالع.
المريضة: بنتي لي تديرلي التعيارات ماشي أنا.
الطبيبة: دايما 10، 10، 6، 10 التعيار.
الطبيبة: كي يطلعلك زيدي زوج وكي يحبطلك نقصي زوج.
المريضة: علابالي. يامات ما يصيبليش الفرمسيان زوج.
تكتب الطبيبة للمريضة الوصفة، وتقول لها: هاني أكتبتلك 3 كل واحد يحكم شهر ولا ما خلاصتلكش على شهر ترميها أفهمتيني.
المريضة: نعم.
الطبيبة: وعلاه مارحتيش لباب الواد.
المريضة: ما نعرفش، نجي لهنا وبوزريعة.
الطبيبة: بالاك تتبحري كاش نار.
المريضة: عندي بزاف ماجوزتش علي عينيا.
الطبيبة: أنا علا بالي.

عينيك تجوزي عليهم.
المريضة: جوّزت في بوزريعة وثم ماحبش يجوزلي.
الطبيبة: هنا ما يحكموش بوزريعة تابعة ليهم.
المريضة: ذرك خلاص كان واحد يجوزلي وذرك راح.
الطبيبة: كاين remplaçant .
الطبيبة: خذي روندیفوا لتحتا.
المريضة: glycémie برك.
الطبيبة: مع نتاع الكلى.
الطبيبة: هاكي.
المريضة: خلاص si bon.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية الرابعة:

نلاحظ من خلال هذا الحوار بداية حسنة للتفاعل الإجتماعي الذي يكون غالبا من طرف الطبيبة، ومن خلال ذلك يظهر تبادل الحديث من طرف المريضة التي تخلق نوع من الحوار المتضمن الخوض في المشاكل الإجتماعية. وبالرغم من أن الطبيبة نيتها هي كسب ثقتها من خلال معرفة حالتها، إلا أن المصابة تستغل هذا الوضع لتجعل الإستشارة الطبية إستشارة إجتماعية بالدرجة الأولى. وهنا يظهر دور الطبيبة في الحد من عملية التفاعل وبناء نموذج يتماشى مع دورها الإجتماعي. وقد تضمن ذلك العبارات التالية: "المشاكل ما يخلاصوش العجوزة ماتت، ضربونا ورانا في الشرع سرقوا وأداو الذهب هذو الخاوة زوج بنات حاولوا يدخلوا راجلي للحبس". ونتيجة إلحاح وإصرار المريضة على إبراز مشاكلها الإجتماعية تحاول الطبيبة الحد من هذا التفاعل والتحكم فيه من خلال الجمل التالية: "السكر راه طالع وين درتيها"، "السكر ماهوش مريقلي". وبالتالي حصر المريضة في حيز ضيق متضمن إبراز المشاكل الصحية فقط. ويبدوا أن المريضة تتأثر بأقوال الغير وتنساق إلى أفكار ومعتقدات خاطئة. ويظهر ذلك من خلال قولها: "قالولي بلي مادارووهمش مليح" أي التحاليل الطبية. وهذه الثقافة هي ثقافة العامة من الناس تتنافى مع الثقافة المكتسبة من خلال التنشئة الطبية للأطباء وتعليمهم الطبي وحتى من خبرتم المهنية. وفي هذه الحالة تحاول الطبيبة تغيير أفكار مريضتها من خلال قولها "لاماتديروش La confiance في البريفي أمبعد كيفاه". وأيضا معرفة ما إذا كانت المريضة تطبق نصائحها التي تظهر جليا من مدى قياس نسبة السكر في الدم بإستمرار، حيث تحاول المريضة تغيير مجرى الحديث لكي لا تستمر الطبيبة في طرح أسئلة عليها حول ما مدى تنفيذها للنصائح. وهنا تظهر عدم الثقة والتي تخلق التوتر والصراع في العلاقة بينهما. وقد تجلت أيضا ملامح عملية التوعية الصحية من طرف الطبيبة من خلال قولها "كي يطلعلك زيدي زوج وكي يحبطلك نقصي زوج". وتحاول

المريضة أن تثبت لطبيبتها بأنا على علم ودراية من خلال عبارة "علابالي". وهذا خطأ يقع فيه المرضى. وفي نفس السياق تحاول الطبيبة معرفة خصوصيات مريضتها وبناء تفاعل إيجابي معها من خلال حديثها "بالاك تتبحري كاش نار". إذ يظهر في نفس الوقت فتح الحوار من طرف الطبيبة التي تستمر في نصح وإرشاد مريضتها التي تريد خلق نقاش من نوع آخر وهو التحدث عن مشاكلها، وهذا يعني أن الإتصال بين الطبيبة والمريضة هو إتصال مفتوح، والتفاعل لا تتحكم فيه الطبيبة بشكل جيد نظرا لشخصية المريضة ومعاناتا، حيث تعتبر بأن الطبيب هو وسيلة لحل كل مشاكلها دون معرفة بأن دوره الأساسي هو علاج المرضى وتخليصهم من معاناتم الصحية فقط.

إن الطبيبة في بداية الحوار تترك المريضة تفرغ ما بداخلها من مكبوتات، ولكن بمجرد معرفة بأنا لن تتوقف عن الكلام، تحاول الطبيبة التحكم في عملية التفاعل من خلال طرح أسئلة حول صحتها لتغيير مجرى حديثها. وبالتالي هذه الأخيرة تتقبل هذا الوضع، وهذا ما استخلصناه من نص الحوار. فالتحدث والنقاش في الأمور غير الطبية ينعكس سلبا على نشر التثقيف الصحي وتنمية الوعي الصحي لدى المريض.

المطلب الخامس: الإستشارة الطبية الخامسة:

وصف الحالة: أنثى، سنها 57 سنة، متزوجة، تعاني من الضغط الدموي والسكري.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الخامسة:

تدخل المريضة قاعة العلاج ويبدأ الحوار.

الطبيبة: درتي التعيار لي أعطيتولك.

المريضة: ما فهمتش أعطيت للفرمسيان نتاع 3 أشهر وهو مركالي ثم ثم.

الطبيبة: وريلي نشوف.

المريضة: أعطيتيلي نتاع القلب.

الطبيبة: رحتي مورايا، عندك l'appareil.

المريضة: جيت نشريها ولكن غالية.

الطبيبة: ندخلك لنسولين، تقراي شوية.

المريضة: ماتاطيليش هذه المرة.

الطبيبة: ماشي هذه المرة، الآن أشري l'appareil.

المريضة: لازم يكون عندك l'appareil. ما عنديش ذرك، حتى يدخلولي الدراهم.

الطبيبة: كي توصلي la santé ما عندكش. لي تعيري بيهم l'appareil 100 % تترنبورسا.

المريضة: عندنا privé الدراهم ويغلط، مرة مرا قالها 5 غرامات وهي ما عندهاش 5 غرامات.

الطبيبة: كي يكون عندك l'appareil تقدري تقارني. La tension ، السكر يؤثروا على الكلى، لو كان تكملي هكذا ماراحاش تكوني مليحة.

المريضة: وليت نواسي بيو واش تحبي.

الطبيبة: راكي 2 comprimé تشربيهم، نعطيك وقت شهر وتكوني أشريتي l'appareil.

المريضة: ساومتها 670 ألف.

الطبيبة: كاين مركات رخاص. تتباع رخيصة. سقسي الفرمسيان بالاك رخيص.

المريضة: لاماسبتش لي قلتيلي عليها، مانشريهاش.

الطبيبة: ما تطوليش. الريجيم، الريجيم والريجيم وتحركي.

المريضة: أعطيتيلي دوا ولا ياكلني لحمي.

الطبيبة: ما حملتيهش. السعلة ذركة كاينة.

المريضة: الحمد لله، مكاش السعلة، ياكلني لحمي، أحمر، كي مانحكمش ما يوليش حمر.

ذرت على العام يخرجلي في يدي.

الطبيبة: لازم Dermatologue في moment لي راه عندك.

الطبيبة: ما عندكش في الدار لي يتقشروا ويخرجلهم الحب.

المريضة: لا لا

الطبيبة: La tension أوزنتيها.

المريضة إيه 10/07.

الطبيبة: وعلاش ما حبيتيش الأنسولين.

المريضة: قلتيلي تسمّن.

الطبيبة: ما قلتلكش تسمن ولكن الإنسان ياكل بزاف.

المريضة: تحبط، يسرق لوس بنتي الماكلة باش ياكل. الإنسان لي مشيان

الطبيبة: تتحركي madame

المريضة: نعيا.

الطبيبة: ماكيش تسغاري.

المريضة: أنا كي نروح للبلاد نسمان، قالولي أدفني روحك في الرمل.

الطبيبة: عندك La tension كي تدفني روحك فيه راكي تزيدي الحرارة في le corps نتاعك، الحمام لي عندوا La tension ما يروحش للحمام. قلنالك أتحركي، أشطحي في العرس.

المريضة: من نار الجمعة وأنا في لعراس. عدت نشطح دايما.

الطبيبة: أعطيتلك برية نتاع العينين.

المريضة: أعطيتيني نتاع القلب.
المريضة: يماك كيفاه راهي.
الطبيبة: راهي كي حالتك يطلعلها.
تكتب الطبيبة الوصفة للمريضة.
الطبيبة: ماعليش نعطيك غير الأنسولين، نعطيك وحدة
المريضة: وحدة واشعليه ماشي كل خطرة شك شك.
الطبيبة: حتى تشري l'appareil.
المريضة: أعطيتيني دواء غالي.
الطبيبة: هذاك الدواء غالي كان قادر الفرمسيان يعطيك دواء وخداخر. نبدلك الدواء رخيص.
المريضة: ما نحبسوش على مرة. 150 خلصته.
الطبيبة تعطي الدواء للمريض وتقول لها راحا نمدلك français نتاع الهيك. أسناي نفيريفيي la date.
المريضة: أنا عندي garage كارياتو لواحد ، عندي ولادي لوسي حب يكتب عليا الدار، سلفت الدراهم. وزوجي عنده لنتريت.
الطبيبة: راكي مضيوقة.
المريضة: لوكان كيما كنت نشريها.
الطبيبة: عندي الدواء كيفاش.
المريضة: ديريلي وحدة وخلاص.
الطبيبة: أفهمتي الدواء تحبسيه وتاكلي هذا (وتشير لها على الدواء الذي تتوقف عن تناوله وتعوضه بالدواء الآخر).
المريضة: si non نصدقوا في الجامع وخلاص.
المريضة: بصّح ال fondaille نتاع العينين حتى لجوان.
الطبيبة: كي يوجد لك جيبيه.
المريضة: بلا روندیفوا نجيبوا.
الطبيبة: وقتاه جوان.
المريضة: أعطيني أنتي لو 30 جويليا عندي.
الطبيبة: مكاش مشكل لاطاح la même date، قوليلها لا تقدر تجوزلك من قبل.
المريضة: 25 حتى 30.
الطبيبة: مكاش من الحد لي الحد.
تكتب الطبيبة الوصفة للمريضة.

الطبيبة: جيبيلي bilan .
المريضة: أعطاتني هذي باش نعير. مازال ما درتوش.
الطبيبة: ترى الطبيبة نوع التحاليل. مور كي شفتيني درتيهم. حبيت نكونطرولي نتاع الكلى.
الطبيبة: هذي نتاع السكر والكلى.
أكتبتلك الروندیفو في la carte.
المريضة: أكتبتيلي. ندير طومبوا هنا. يعطيك الصحة.
تكتب الطبيبة الوصفة للمريضة محاولة منها في هذه الحالة غلق الحوار وعدم الخوض في الخصوصيات.
وتخرج المريضة قاعة العلاج وينتهي الحوار بينها وبين الطبيبة.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية الخامسة:

نلاحظ بداية تفاعل سلبي مع المريضة من طرف الطبيبة مبني على معرفة ما إذا طبقت التعليمات الطبيبة أم لا. وتحاول الطبيبة معرفة بعض الأمور حولها التي يبدوا أن ظروفها المعيشية صعبة تعيقها من تنفيذ الإرشادات الطبية. ونتيجة عدم الإستقرار في الحالة الصحية قد إنتهجت الطبيبة خطة علاجية لمريضتها تتمثل في القول التالي "ندخلك لنسولين، تقراي شوية". ونظرا لتخوف المريضة من هذا الدواء ترفض بتاتا. وهنا يظهر بأنا في موقع إصدار القرار والطبيبة في موقع التطبيق والتنفيذ. وذلك من خلال "ماتاطيليش هذه المرة" وترد عليها الطبيبة: "ماشي هذه المرة، الآن أشري l'appareil". وتظهر من جديد معاناة المريضة من الجانب المادي، وذلك إستنادا إلى قولها: "ما عنديش ذرك حتى يدخلولي الدراهم" وتضيف "أعطيتيني دوا غالي"، "150 خلصته". وقد يكون رد فعل الطبيبة عنيف لأن المرضى يستعملون الحجج من أجل عدم تنفيذ النصائح الطبية. ويظهر ذلك من عبارة "كي توصلي La santé ما عندكش". وفي نفس السياق تطمئن الطبيبة مريضتها "لي تعيري بيهم l'appareil 100% تترنبورسا".وقد تبرز المريضة سلبيات النسق الطبي الخاص من خـلال قولها "عنـدك Privé الدراهم ويغلط. مرة مـرا قالها 5 غرامات وهي مـا عندهاش 5 غرامات". ويتضح جليا أن المريضة لا تنفذ نصائح طبيبتها، التي تحاول نتيجة ذلك التأثير عليها أي تخويفها من خلال العبارات التالية " La tension ، السكر يأثروا على الكلى، لو كان تكملي هكذا ماراحاش تكوني مليحة". ويبدوا أن الطبيبة لا تستخدم القوة والنفوذ في التأثير على مريضتها، ولكن تحاول مساعدتا قدر المستطاع بإرشادها وتوجيهها في مجالات عدة والتركيز على إتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة للمحافظة على الصحة منها "الريجيم، الريجيم والريجيم وتحركي". ويبرز تدخل المريضة ووصف أعراضها المرضية نتيجة أخذ دواء معين. ويعني ذلك أنا على وعي بما يحصل لها كقولها "أعطيتيني دواء ولا ياكلني لحمي". وفي نفس الوقت توجّه المريضة إلى طبيب أخصائي في أمراض الجلد وتحاول الطبيبة معرفة مدى تطبيق مريضتها للتعليمات الطبية من خلال قولها "La tension أوزنتيها". ويبدوا أن التفاعل إيجابي بينهما

ويتضح جليا من طرف المريضة التي تقول "أنا عندي garage كارياتو لواحد عندي ولاد لوسي، حب يكتب عليا الدار، سلفت الدراهم، وزوجي عنده لنتريت". أما من جانب الطبيبة فتقول "وعلاش ما حبيتيش الأنسولين". ومع مرور وقت معين من الحوار إلا وظهر تفاعل سلبي بسبب إتامات المريضة، إذ تقول لها "قلتيلي تسمن" أي الأنسولين وترد عليها الطبيبة "ما قتلكش تسمن ولكن الإنسان ياكل بزاف". ونتيجة هذا تحاول المريضة من جديد بناء نموذج تفاعلي إيجابي من خلال العبارات التالية "أنا كي نروح للبلاد نسمان، قالولي أدفني روحك في الرمل"، "من نار الجمعة وأنا في لعراس، عدت نشطح دايما". أما أقوال الطبيبة فتدل على التفاعل الإيجابي من خلال "قلنالك أتحركي، أشطحي في العرس" وأيضا "راكي مضيوقة".

نستخلص من خلال هذا الحوار أن الطبيبة تحاول تكييف النصائح والإرشادات الطبية حسب الحالة المادية للمريضة ومستواها المعيشي، وهي عوامل تساعد في كسب ثقة المريضة. أما في مجال التفاعل الإجتماعي بين الطبيبة والمريضة فهو تفاعل إيجابي من خلال الحوار المفتوح غالبا أثناء الإستشارة الطبية. وهذا يساعد كثيرا المريضة على إكتساب المعرفة الصحية ومحاولة توظيف هذه المعرفة في حياتا اليومية حسب ظروفها المعيشية. وفي هذه الحالة نلاحظ سيطرة الطبيبة على العلاقة الناشئة بينها وبين مريضتها، حيث تحاول التقليل من التفاعل معها.

المطلب السادس: الإستشارة الطبية السادسة:

وصف الحالة: أنثى، متزوجة، 55 سنة وتبدوا طاعنة في السن ومصابة بمرض القلب والسكر.

الخوف بادي على المريضة.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية السادسة:

تدخل المريضة قاعة العلاج وتجلس.

الطبيبة: جيتي وحدك.

المريضة: إيه جيت وحدي.

لنيمي قتلتني.

الطبيبة: أنا نظن أن الكلا نتاوعك.

المريضة: هذوا التعيار.

الطبيبة: ذرك نشوفلك.

قوليلي رحتي للطبيب.

المريضة: رحت.

الطبيبة: mais كنتي تحسنتي بلبزاف.

المريضة: شوية.

الطبيبة: الحمة تشدك.

المريضة: مازالت الحمة تشدني.

الطبيبة: الراديوا درتيه نتاع الكلى.

المريضة: ذاك النهار ماوليتش.

الطبيبة: الحمة من ويقتاه. وين دخلتي لسبيطار كي جاتك الحمة نتاع الكلى.

المريضة: روحت لسبيطار زرالدة.

الطبيبة: الكلى فيهم ميكروب ويعطوك لنيمي. كيفاش جيتي وحدك. وراجلك.

المريضة: مكفوف.

الطبيبة: عندك الذراري.

مايجوش معاك.

الطبيبة: أطلعي برك في البونك.

المريضة: تصعد للسرير حاشاك العرق فايح فايح فيا.

الطبيبة:d'accord والبول نتاعك كيفاه داير.

المريضة: فايح.

الطبيبة: تخلي روحك هكذا، راحا توصلي لدياليز. إستهزيتي بزاف.

تنزل المريضة من السرير.

الطبيبة: تكتب الطبيبة الرسالة للمريضة، وتقول لها نكتبلك برية باش تروحي إلى شرشال d'accord وعيطي لبناتك باش يدوك هوما لشرشال.

المريضة: إيه.

الطبيبة: أشيتي بل بزاف. نقصتي.

المريضة: نار على بيضة نشبع، الماكلة ما نقدرش.

الطبيبة: كيفاه تجي تاكلي وعندك الميكروب. La faute نتاعك 100 % فهمتك وعلابالك عندك 10 سنين مريضة.

الطبيبة: ذرك نديرك برية وتروحي directe.

المريضة: صحة.

الطبيبة: شحال في عمرك. راجلك مازالوا حي.

المريضة: هو مكفوف، 55 سنة.

الطبيبة: صغيرة. وقتاش دخلتي المرة اللولة 1995.

المريضة: والله ماعلابالي. راني نشرب الدواء.
الطبيبة: ما يكفيش الدواء، الكلى نتاعك هوما يعطولك الدم.
المريضة: نروح لسبيطار ولا للطبيب.
الطبيبة: هي لي تبعثك للطبيب. هذاك الميكروب ويقتاش جاك العام ليفات.
المريضة: إيه.
الطبيبة: الطبيبة نتاعك واش يسموها.
المريضة: هي محطوط أسمها في الكارطة.
الطبيبة: عاودي أرجعي ليها ياك. تكتب الطبيبة البرية.
وتقول الطبيبة أنا نشوف غير النساء.
الطبيبة: voila الدوا نتاع القلب عندك.
المريضة: إيه.
الطبيبة: روحي directe لهذي. (وتشير إلى إسم الطبيبة والبرية)، روحي عند الطبيبة وهي توجهك.
المريضة: صحيتي.
الطبيبة: جيبيلي ال résultat بالثلاثا على الشاش ونص. كيما المرة لولى.
المريضة: تنهض من الكرسي وتقول للطبيبة: أبقاي على خير.

2- تعقيب حول نص الإستشارة الطبية السادسة:

نلاحظ من خلال مضمون هذه الإستشارة الطبية بداية تفاعل جيد من طرف الطبيبة، وهذا ساعد المريضة على إبداء مشاكلها الصحية دون أية حواجز تذكر. هذا في البداية، ولكن مع إستمرار الحديث ينقلب التفاعل من تفاعل إيجابي إلى تفاعل سلبي ومحدود من كلا الطرفين. حيث نلاحظ تفاعل تارة سلبي وتارة إيجابي. وقد طغى نموذج التفاعل الإيجابي في نص الحوار بالدرجة الأولى من خلال بعض العبارات أهمها العبارات التالية" "Mais كنت تحسنتي بلبزاف"، "كيفاه جيتي وحدك وراجلك"، "عندك الذراري" ويبدوا أن الطبيبة تحاول معرفة خصوصيات مريضتها وحياتا الشخصية لكسب ثقتها ومساعدتا. وفي هذه الحالة نلاحظ بأن الطبيبة تسعى إلى معرفة كل ما يتعلق بالأمور الصحية للمريضة قصد رسم خطة علاجية مناسبة لظروفها. وفي هذا الصدد الحوار والنقاش محدود جدا نظرا للسمات الشخصية للمريضة وحالتها الصحية المتدهورة. ونتيجة هذه الأخيرة فقط إنتهجت الطبيبة أسلوب التوبيخ كوسيلة للإنتقام من مريضتها التي لا تنفذ تعليماتا وإستهزائها من خلال عبارة "تخلي روحك هكذا، راحا توصلي لدياليز، إستهزيتي بزاف"، "كيفاه تجي تاكلي وعندك الميكروب. La faute نتاعك 100% فهمتك وعلابالك عندك 10 سنين مريضة". هذا يعني التدخل في حياتا "نكتبلك برية باش تروحي إلى شرشال d'accord وعيطي لبناتك باش

يدوك هوما لشرشال". ويبدوا أن المريضة لا تنفذ تعليمات طبيبتها ولا تتعاون معها، ما خلق نوع من الصراع والتوتر في العلاقة بينهما. فهي لا تطرح أسئلة بالرغم من أن الطبيبة تحاول بناء نموذج تفاعلي إيجابي معها وفتح الحوار والنقاش، وهذا بمنحها الوقت الكافي، حيث قابل ذلك الإجابة فقط على تساؤلات الطبيبة. ونلاحظ أيضا أن المرضى يستخدمون الدواء فقط دون التقيد بالإحتياطات الأخرى ضنا منهم أن الدواء هو كل شيء.

نستنتج من الحوار السابق بأن الإتصال مغلق بين الطرفين وأن الحوار محدود. فالتفاعل الإجتماعي بينهما سلبي نظرا للخوف الذي تعاني منه المريضة وأيضا إجابتها فقط على تساؤلات الطبيبة، حيث أن هذه الأخيرة بالرغم من محاولاتا لإعطاء نموذج تفاعلي إيجابي، إلا أن ذلك مرتبط بشخصية المريضة بالدرجة الأولى، لأنا تحاول فقط الإجابة على تساؤلات الطبيبة. ويمكن القول أنه إذا إنعدم وقل الحوار والنقاش أثناء الإستشارة الطبية فإن ذلك يؤثر على عملية نشر التثقيف الصحي وإكتساب المريض للمعلومات الصحية.

المطلب السابع: الإستشارة الطبية السابعة:

وصف الحالة: مريضة مصابة بداء السكري والقلب، متزوجة، سنها 65 سنة.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية السابعة:

في هذه الحالة الحوار بين ثلاثة أشخاص وهم: الطبيبة، المريضة وإبنتها.

تدخل المريضة مع إبنتها قاعة العلاج.

الطبيبة: Sava

المريضة: شوية.

الطبيبة: كي ما فتحوش القلب خطاو برك العروق.

المريضة: لوكان يديرولي براسيون لا إله إلا الله. الحمد لله.

الطبيبة: درتيلي photocopie، عندها dose . Normale نتي عندك الزهر، la fractuse غير صغيرة.

المريضة: الحمد لله.

الطبيبة: السكر ويقتاش عندك السكر.

الإبنة: عندو بزاف، الدوا قاتلها حتى نحبسولك على الأقل 6 moins أو 9 moins . ولا راهي مليحة تحبسو.

الطبيبة: عندها l'assurance هي. هندها la carte maladie chronique. شحال في عمرها 75 سنة.

الإبنة: عندك 65 سنة.

الطبيبة: ما عندكش عرق برك تبوشا عندك 3 و 2 مزايرين. لو كان ما تديريش ريجيم هذوا 30 % يزيدوا يكملوا. درتيلها les analyses.

الإبنة: 70000.

الطبيبة: أطلعي برك نشوفك.

المريضة: نطلع بالحجاب.

الطبيبة: نحيه من الفوق، ذرك تولي تفشي عليهم.

المريضة: عندي الكرش.

الطبيبة: علابيها عندها لنيمي، ذرك سافا، هي الفاسا علاه ما نحيتيهاش.

المريضة: من لربعا لي فاتت.

الطبيبة: ماشي عملية مازال ما تحسيش. ما توليش ترجعي أستناي.

المريضة: تعيشي.

الطبيبة: خلاص صايي cicatrise bleu . ما تلبسيش المزير، لازم تمشي.

المريضة: ما كنتش نقدر كان السطر.

الطبيبة: كي كان جديد، تقيس الطبيبة ضغط الدم للمريضة.

الطبيبة: راهي bien، 80 % باش تبراي لازم من عندك لازم تديري ريجيم تمشي.

المريضة: ناكل الخبز والتفاح.

الطبيبة: الخضرة، شوية لبيض نتاع الجاج، الحوت، الجواز، فوري الخضرة. نحي السكر، لصفر نتاع البيض، الدوارة، بوزلوف، الفاكية كوليها، مور الماكلة. برك تمشي .

الإبنة: نعطولها غير الفاكية برك.

الطبيبة: أعطيلها الخوخ. وريلي الدواء نتاعك.

الإبنة: تقول لها على الدواء.

الطبيبة: هذا الدوا نحيهولها.

الإبنة: وهذا الدوا.

الطبيبة: هاذا لازم تعطيهلها.

المريضة: ديريلي نتاع السطر. المريضة خائفة.

الطبيبة: Aspigique وديريلها على سمانة. Il faut marché.

المريضة: تعيشي.

الطبيبة: Il faut أشربي الماء لأن العرق يقدر يتبوشا. viola .

المريضة: صحيتي تعيشي.

الطبيبة: نكتب هنا باش نتفكر. Très bien.

المريضة: تعيشي.

الطبيبة: نعمرلك 6 mois نوفمبر نديرولها .

المريضة: صحيتو.

الطبيبة: ديريلها la carte chronique .

المريضة: عندي feuille maladie .

الطبيبة: voila. نوفمبر نعطيك روديفو.

المريضة: تعيشي.

الطبيبة: نكتبلها هنا، أعطيني النيميرو نتاعك، votre prénom.

الإبنة: جميلة.

الطبيبة: voila.

الإبنة: Merci.

المريضة: إبقوا على خير.

وتخرج المريضة وإبنتها من قاعة العلاج وينتهي الحوار بينهما وبين الطبيبة.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية السابعة:

نلاحظ من خلال الحوار السابق أن هناك بداية حسنة تفاعل إيجابي من طرف الطبيبة التي تحاول كسب ثقة مريضتها وحتى إبنتها من خلال عبارة "Sava". والدخول مباشرة في سرد الحقائق المتعلقة بالحالة الصحية، ويبدوا أن الخوف يلاحق هذه المريضة خاصة الخوف من العملية الجراحية من خلال عباراتا "لو كان يديرولي براسيون لا إله إلا الله"، وهذا ينعكس سلبا على صحتها. ويبقى الحوار والنقاش مفتوحا بينهما وبين الإبنة التي هي فاعل ثانوي في هذه العملية التفاعلية. ويعتبر معرفة الظروف المعيشية للمريضة أحد العوامل التي تساعد كثيرا الطبيبة على رسم خطة علاجية ناجحة، حيث أنا تمارس دور الأخصائي الإجتماعي في هذه الحالة من خلال قولها "عندك L'assurance "، "عندك La carte maladie chronique". وما يلاحظ من خلال الحوار هو مصارحة المريضة بحالتها الصحية التي تبدوا في خطر، وهذا ليس بغرض تخويفها وإنما لأخذ الحذر والتركيز على إتباع النصائح والإحتياطات الوقائية في مجملها الريجيم، حيث تؤكد الطبيبة لمريضتها ذلك من خلال قولها "لو كان ما تديريش ريجيم هذوا 30% يزيدوا يكملو". وفي آن واحد تحاول الطبيبة الرفع من معنويات المصابة، وهذا يساعد كثيرا في تحسن حالتها الصحية. وقد ظهرت في هذه الإستشارة الطبية توعية صحية لفائدة المريضة وحتى إبنتها وأيضا الإلحاح على إتباع بعض النصائح والإرشادات الطبية مثل هذا القول "ماتلبسيش المزير لازم تمشي"و "تديري ريجيم، تمشي". كما

إتضحت مظاهر التوعية الغذائية في هذه الحالة من خلال القول التالي: "الخضرة، شوية لبيض نتاع الجاج، الحوت، الجواز، الخضرة فوريها". ونلاحظ أيضا فرض المريضة على الطبيبة تلبية لها بعض الأمور والتي حققتها لها، حيث ترى الطبيبة بأن ذلك فيه مصلحة تعود بالإيجاب على صحتها. لهذا يمكن القول أن المريضة توجه الإرشادات والطبيبة تنفذها.

وفي هذا الحوار، نجد ثلاثة فاعلين أساسيين وهم الطبيبة التي تتحكم في عملية التفاعل الإجتماعي، المريضة والإبنة، فهذه الأخيرة موقع الفاعل الرئيسي في عملية الحوار بعد موقع الطبيبة. ويمكن القول أنه إذا كان التفاعل أكثر من شخصين، فإن له تأثير إيجابي على نوعية التوعية الصحية نظرا للحوار والنقاش الحاد والبناء بين الأطراف الثلاثة المتفاعلين، وهذا ما لاحظناه في هذه الحالة، حيث ظهرت توعية المريضة وكانت الطبيبة تمثل دور المثقف الصحي.

المطلب الثامن: الإستشارة الطبية الثامنة:

وصف الحالة: مريضة بداء السكري وضغط الدم، متوسطة السن، متزوجة.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية الثامنة:

الحوار بين ثلاثة فاعلين هما، الطبيبة، المريضة وإبنتها.

تدخل المريضة وإبنتها قاعة العلاج.

المريضة: صباح الخير.

الطبيبة: صباح الخير تتفحص الملف، Alors أديتيها عند طبيب نتاع الصدر كي كانت تسعل.

الإبنة: أديتها وأعطاها دواء.

الطبيبة: كيفاه راكي الحاجة.

المريضة: راني عيانة.

الطبيبة: واحد كبير ما عندوش الحال.

الإبنة: البارح في الليل كامل ما رقدتش.

الطبيبة: السكر نتاعها راه مليح، شفتي طبيب العيون والكلى.

المريضة: رحت للحج.

الإبنة: تدير la dose كاش نورا في الوقت. 2غ و 50

الطبيبة: بالاك la tension.

الإبنة: la tension .

الطبيبة: le diabète يدير لها حوايج بزاف.

المريضة: بزاف.

الطبيبة: tous les trois mois ديريلها les analyses .

الإبنة: ذرك نحكيلك. شافت médecin في بوزريعة وتحكي قصة أمها.

الطبيبة:il faut faire والطبيبة تسمع.

الطبيبة: أطلعي برك نشوفك.

تصعد المريضة إلى السرير.

الإبنة: لا صبت لي يديرلها ماكالاه نجيبها.

الطبيبة : si négative ما كالاه ولا positive تجي. le problème d'allergie خلاص .

المريضة: راسي يوجعني.

الإبنة: كي تحكمها la tension في la journée يوجعها راسها.

الطبيبة: تقيس لها ضغط الدم.

Le bilan il faut، pourtant هذا اللي أحكمها les champignons.

المريضة : إيه.

الطبيبة : elle est bien la tension. quelle بلاد، أنتي منين

المريضة: سيدي عيش، القصر.

الطبيبة : d'accord.حبسي النفس دقيقة، أتنفسي، زيدي أتنفسي.

الطبيبة: elle marche.

المريضة: راسي، ما تعطيلي عليه حتى دواء.

الطبيبة: أنا ما نعطيكش. الإبنة تدخل في الحوار، ذرك نجوزها مع الدكتور حوات. الطبيبة تكتب الوصفة.

الطبيبة: diabète 10 سنين ولا 15 سنة.

الإبنة: 15 سنة.

الطبيبة: في la famille ماكاش اللي دار fractuse .

الإبنة: كاين واحد في العايلة، جدة.

الطبيبة : ماتكولهاش هي.

الطبيبة : ta grande mère مازالت عايشة، أعطيتلك l'ordonnance.

وتكتب الطبيبة رقم الهاتف.

الإبنة: إيه.

الطبيبة :جيبيلي Les analyse .

الإبنة: merci beaucoup.

الطبيبة :بقاي على خير.

2- تعقيب حول الإستشارة الطبية الثامنة:

نلاحظ بداية تفاعل إيجابي من طرف المريضة وحتى الطبيبة التي تتحكم في الحوار، ويبدوا أنه من جانبها سلبي. وهذا راجع إلى معاناة المريضة من خلال قولها وقول إبنتها "راني عيانة"، "البارح في الليل كامل ما رقدتش". فالطبيبة تحاول فتح الحوار من جديد مع مريضتها ومعرفة حالتها الصحية، ويبدوا أن التفاعل إيجابي خاصة من طرف المريضة من خلال عبارتا "رحت للحج". ونجد أن الإبنة تساند أمها وتحاول تخليصها من أسئلة الطبيبة، وذلك إستنادا إلى العبارة التالية: "تدير La dose كاش نورا في الوقت". وفي هذا الحال تحاول الطبيبة تحليل الحالة المرضية بالإستناد على عامل الوراثة، ومدى إصابة أحد الأفراد بمرض القلب من خلال عبارتا: "في La famille ماكاش اللي دار fractuse". وهذا قصد معرفة مدى توارث هذا المرض عبر الأجيال.

إن هذه الإستشارة الطبية إتسمت بثلاثة فاعلين في عملية العلاج الطبيبة، المريضة والإبنة، وغالبا ما يكون التفاعل بين الطبيبة والإبنة، والذي أخذ صفة الإيجابية من خلال فتح الحوار والنقاش من طرف الطبيبة لمعرفة الحالة المرضية جيدا. ومع هذا كان شكوى هذه الأخيرة متكرر، تحاول من خلال ذلك أن تقضي الطبيبة على حل كل مشاكلها المرضية بالرغم من عدم إختصاصها. ويمكن القول أن إستعمال اللغة الفرنسية طغى على الحوار، وهذا راجع إلى الإبنة التي دخلت في حوار مع الطبيبة ونقاش بنفس اللغة. فهذا نوعا ما يعيق من كسب المريضة للمعلومات والتعليمات الطبية.

المطلب التاسع: الاستشارة الطبية التاسعة:

تعريف بالحالة: مريضة متوسطة في السن، 53 سنة، متزوجة، مريضة بالضغط الدموي.

1- عرض نص الحوار في الإستشارة الطبية:

تدخل المريضة قاعة العلاج.

المريضة: صباح الخير.

الطبيبة: Alors يمينا ماحالك. شحال زدتي في الميزان تباني 87 كيلو.

المريضة: مانيش علابالي.

الطبيبة: العادة نتاع الشهر راحتلك و la tension كيفا راهي.

المريضة: ديفوا تطلعلي 20، 11، 19.

الطبيبة: même تشربي الدواء. كل 10 كلغ تحبطلك بزوج نوامر.

المريضة: كي نمشي ننتفح.

الطبيبة: الواحد كي تروحلو العادة نتاع الشهر ينتفخ. المفاصل وين النفخ.

المريضة : ووجهي.

الطبيبة: واسمو المرض نتاعك.

المريضة : المرة الأولى جوزت عندك.

الطبيبة: المرة اللي جزتي عندي كتبت بلي راكي تبعي في الروماتيزم.

المريضة: كل خطرة كيفاه كانت عندي.

الطبيبة : نكتبلك الدوا، واش يسموا الدواء لي تشربيه.

المريضة: مانيش عارفة ماجبتوش الدواء.

الطبيبة كاين الدواء نتاع الروماتيزم، قاتلك لازم تنقصي الملح أكثر.

المريضة: المرة اللي جازت ماقدرش نجي.

الطبيبة: الدواء نتاع الروماتيزم ينفخ.

المريضة: ما عنديش حل وخداخر.

الطبيبة: عندك وين تكتبي la tension تكتبي la date .

المريضة: عندي L'appareil

المريضة: كنت نعبر برا بزاف.

الطبيبة: لازم ما تدري، أطلعي برك، شحال ولدتي.

المريضة: سبعة.

الطبيبة: كل 3 شهر لازم تديري السكر نتاعك، الشحمة نتاع الكرش تدير السكر.

المريضة: إيه.

الطبيبة: هذا لازم تديريه أيا مالازمش تخليه.

المريضة: لا لا بينيا أعطاتني.

الطبيبة: الكلسترول تديريه، نعطيلك تديري les analyses. الكلى نتاوعك لازم تداوي عليهم وتشربي الما 3 ليترات في النهار.

المريض: قالولي.

الطبيبة: شحال في عمرك.

المريضة: 53 سنة.

الطبيبة: و هذي الكرش تجيبلك غير الهم، لازم تشربي الماء وتمشي.

المريضة: رحت للطبيب.

الطبيبة: يكون عندك السكر. البول ما يحرقكش.

المريضة: لا لا .

الطبيبة: واش أشربتي الصباح الدوا.

المريضة: الدواء ما كانش عندي ما شريتش.

الطبيبة: يعطيك الصحة، عندك مرض مزمن قادر يحكمك براليزي، لازم يكون عندك généraliste يشوف photocopie ويتبعك. هذو نتاع les analyses.

المريضة: إيه

الطبيبة: مالازمش تحبسي الدواء نتاعك هكذاك.

المريضة: أنا ما حبيتش نجيب الدواء هكذاك.

الطبيبة: شحال أقعدتي سمانة هكذاك.

المريضة: سمانة.

الطبيبة: il faut un généraliste يتبعك. وهكذا ما طلعتش بزاف، كي حبستي الدواء نتاعك si fini. la tension نفختلك القلب، عندك l'assurance.

المريضة: الشهر لي جاز دارولنا الكارني.

الطبيبة: ما نبدلكش الدواء madame.

المريضة: أنا ما شربتش ما قدرتش نشريه راني نقرلك.

الطبيبة: Aspegique نعطيلك.

الطبيبة: هذو كامل الدواوات جدد، نعطيك الدواء ماشي غالي، ما عندكش السكر.

المريضة: ما عنديش.

الطبيبة: غير يبقالك سمانة أشربي الدواء وأمشي.

المريضة: ما نخرجش، عادات نتاع بكري ما نخرجش.

الطبيبة: مركيتلك الدواء.

المريضة: الروانديفوا نتاعي.

الطبيبة: جيبيلي les analyses. أعطيني النيميرو نتاع التيليفون.

المريضة: هذاك لوّل. ذرك نجيبلك النيميرو.

تخرج المريضة قاعة العلاج.

2- تعقيب على الإستشارة الطبية التاسعة:

نلاحظ من نص الإستشارة الطبية السابقة بداية جيدة من طرف المريضة وحتى الطبيبة، تفاعل إيجابي تود الطبيبة بناءه من خلال قولها: "Alors يمينا ما حالك. شحال زدتي في الميزان تباني 87 كيلو". ويبدأ الحوار الفعال المبني على معرفة خصوصيات المريضة، ويبدوا أن حالتها الصحية غير مستقرة من خلال الضغط الدموي، وفي هذا المال تحاول الطبيبة توعيتها. بينما هي تطرح إنشغالاتا ومشاكلها الصحية

بإلحاح عسى أن تخلصها الطبيبة كليا منها. وإذا كانت المريضة مستواها التعليمي منخفض، فإن ذلك يؤثر على علاقتها بطبيبتها، كما أنا لا تصف حالتها الصحية جيدا ولا تعرف إسم الدواء الذي تأخذه، ويظهر ذلك من عبارتا: "مانيش عارفة ما جبتوش الدوا". ونرى أن مراقبة المريضة لحالتها الصحية يساعد كثيرا الطبيبة في معرفة تطور المرض. وهذا ما يؤدي إلى بناء علاقة جيدة بين الطرفين علاقة المشاركة المتبادلة والتعاون الفعال بينهما. ونلاحظ أن ثرثرت المريضة أدى إلى الحد من عملية التفاعل والتحكم فيه من طرف الطبيبة من خلال القول التالي: "لازم ما تدري، أطلعي برك". وقد تستمر الطبيبة في معرفة كل ما يتعلق بحياة المريضة خاصة الزوجية ومرحلة خصوبتها. وفي نفس الوقت يظهر تثقيف المريضة صحيا من خلال العبارات التالية: "كل 3 شهر لازم تديري السكر نتاعك"، "الشحمة نتاع الكرش تدير السكر". ونتيجة لذلك يبدوا أن المريضة توافق الطبيبة. وكما لاحظنا أن الطبيبة قبل أن تتخذ أي قرار طبي تستشير المريضة وتستند على موافقتها لكي لا يكون خلاف بينهما، لأن الظروف المعيشية للمريضة قد لا تناسب الخطة العلاجية. وعليه يمكن القول أن هذه الظروف هي من أهم معوقات نشر التثقيف الصحي، وهذا ما لوحظ في أقوال المريضة "الدوا ما كانش عندي ما شربتش". وهذا يدل على عدم تنفيذ المريضة للنصائح الطبية لأن أحوالها المادية لا تسمح لها، وبالتالي تحاول من جديد الطبيبة التأثير عليها، بإبراز لها أهم المضاعفات التي يحتمل أن تنتج عن ذلك. وهذا بالإستنادا على القول التالي: "يعطيك الصحة، عندك مرض مزمن قادر يحكمك براليزي، لازم يكون عندك généraliste يشوف Photocopie ويتبعك". وهذا يقابله تجاهل المصابة بفائدة الدواء، حيث أنا بقيت مدة أسبوع كاملا بدون دواء، إذ أن أحوالها الإقتصادية وحتى عادات التمع وتقاليده تقف كعائق أمام تنفيذها للإرشادات الطبية، ويتضح ذلك من خلال تصريحها "ما نخرجش ، عادات نتاع بكري ما نخرجش". فهذه الصراحة بين الطرفين تؤدي إلى تجاوز الخلافات بينهما، حيث أن المريضة صريحة وغير كاذبة على طبيبتها، إذ تقول : "أنا ما شربتش الدوا ما قدرتش نشريه راني نقولك".

نستشف من خلال هذه الحالة أن الحوار إتسم نوعا ما بالحوار المغلق، والتفاعل يكاد يكون تفاعلا سلبيا. وهذا يؤثر على التوعية الصحية ونشر التثقيف الصحي. وفي هذا الصدد فإن الطبيبة تقوم بدور الأخصائي الإجتماعي من خلال معرفة ظروف المرضى ومساعدتم.

- إستنتاج الفرضية الأولى:

على ضوء المقابلات مع الأطباء ونص الإستشارات الطبية توصلنا إلى جملة من النتائج وهي أن عملية التثقيف الصحي هي عملية فعالة وأداة رئيسية في تحسين المستوى الصحي للفرد المريض في المجتمع. إذ تعتمد هذه العملية على أسس علمية يقوم بها الطبيب، حيث أنه يؤدي دوره المهني ودوره التثقيفي في آن واحد. فهو يعمل على أساس تنمية الوعي الصحي لدى مريضه. وبالرغم من أن هذه العملية هي مسؤولية كل من الطبيب والمريض إلا أن طبيعة عمل الطبيب توفر له ميدانا لتعليم المرضى. ويعتبر التفاعل من جانب كل من الطبيب والمريض مهم جدا في عملية العلاج والتثقيف الصحي. فإذا كان التفاعل إيجابي بين الطرفين فإن ذلك يؤثر بالإيجاب على الحالة الصحية للمريض وعلى تنمية ثقافته الصحية والعكس صحيح. وفي هذا الصدد فإن هناك عدة عوامل تعيق الطبيب من أدائه لدوره وعمله اليومي خاصة في مجال التربية الصحية، وأهم هذه العوامل هي ضيق الوقت، كثرة المرضى وإنشغال الأطباء بعدة أعمال في المصالح الطبية. أما المشاكل المتعلقة بالمريض فتتمثل بالدرجة الأولى في ظروفه الإجتماعية والإقتصادية التي تعيقه على إكتساب الثقافة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته.

ويعتبر الإتصال وسيط مهم في عملية التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض، حيث أن المرضى يستطيعون التعرف عن مشاعر الطبيب ومدى إحساسه بهم وتعاطفه معهم، أي التعامل مع إنسان له مشاعره. وذلك من خلال تعابير الطبيب، حديثه، ملامح وجهه، مقابلته لهم وتبسطه في الكلام. مستمعا جيدا لمشاكل المريض أي إعطاء له الوقت الكافي. وهذا ما صرح به أغلب الأطباء أثناء إجراء المقابلة. إذ يصرحون بأنهم بالرغم من قلة الوقت المخصص لكل مريض، إلا أنهم يمنحون الوقت الكافي للمريض لسماعه والإجابة على تساؤلاته. وعليه فإن منح المصاب الوقت الكافي يساعد كثيرا في نشر التثقيف الصحي وإكتساب المريض المعرفة الصحية. وبالرغم من التعليم الطبي المنتهج في الجامعات الجزائرية وهو التعليم باللغة الفرنسية، إلا أن الأطباء يحاولون تكييف لغتهم حسب لغة المريض. فبالنسبة لهم لا تشكل عائقا في تعاملهم مع المرضى، فهم يستعلمون الدارجة والفرنسية....الخ. ومن خلال ذلك المريض يؤمن بأن الطبيب قادر على تفسير أسباب مرضه وأسلوب العلاج المناسب له بطريقة سهلة، واضحة، بسيطة ومنحه ثقافة صحية. وفي هذه الحالة يجب على الطبيب أن يكون حريصا تماما في تعامله مع المريض والتفريق بين المشاكل الطبية والمشاكل النفسية ويسعى إلى إمداده بالمعلومات الصحية حول مرضه. فهذا المصاب في أغلب الأحيان يعتمد على الإتصال غير الشفهي، لأن موقفه ضعيف يكون في حالة الضعف ويرى الطرف الآخر في موقف القوة ويركز على تلميحات وجهه وتعابيره ليعرف مزاجه وشخصيته. وغالبا ما تؤدي الشخصية الصعبة للطبيب إلى التأثير على علاقته مع مريضه والتي تتسم بالعلاقة غير الجيدة. وبالتالي تنعكس سلبا على تزويد المريض بالمعرفة الصحية.

ويمكن القول أن للطبيب دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، إذ يعتبر التفاعل الإجتماعي والإتصال بين الطرفين متغيرين قويان لإستمرار العلاقة طبيب-مريض. ومن خلال المقابلات والحوار بين الطبيب والمريض نرى بأن هناك مشكلة عدم التوازن بين عدد المرضى وبين عامل الوقت المخصص للإستشارة الطبية، وهذا يؤدي حتما إلى عدم جدوى الإتصال بينهما والتفاعل، ويؤثر على قدرة الطبيب في تزويد المريض بأكبر قدر من المعلومات الصحية والإكتفاء أكثر بالتشخيص والعلاج الطبي دون الإسهام بدرجة كبيرة في تنمية الوعي الصحي لدى المريض الذي هو بدوره تواجهه عدة مشاكل لتطبيق هذه النصائح الطبية في نظام حياته خاصة في حالة الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا جادا ومستمرا. وعليه يمكن القول أن فرضية بحثنا قد تحققت أي أن التفاعل بين الطبيب والمريض ينمي الوعي الصحي.

الفصل السابـع
المستوى التعليمي للمريض وعلاقته بإكتساب الثقافة الصحية.

- تمهيد.

المطلب الأول: علاقة المستوى التعليمي للمريض بإكتسابه للمعرفة الصحية.

المطلب الثاني: توفر المعرفة الصحية عند المريض وعلاقتها بالمستوى التعليمي.

المطلب الثالث: رغبة المريض في الإمتثال للشفاء الطبيعي وعلاقتها بالمستوى التعليمي.

المطلب الرابع: قدرة المريض على تغيير نمط حياته وعلاقتها بالمستوى التعليمي.

- إستنتاج الفرضية الثانية.

تمهيـــد:

إن هذا الفصل من الدراسة الميدانية يعالج إختبار الفرضية الثانية والتي تدف إلى التعرف على مدى تأثير المستوى التعليمي على الثقافة الصحية للمريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث أن المستوى التعليمي هو متغير سوسيولوجي له وزنه في التأثير على إكتساب المعرفة وترجمتها إلى ممارسات وتصرفات صحية في واقع الحياة اليومية للمرضى. فعملية التثقيف الصحي هي عملية تعليمية تدف إلى رفع المستوى الصحي للمريض وتغيير نمط حياته، فهي ليست مجرد تقديم معلومات صحية فحسب، وإنما تدف إلى محاولة التأثير عليه لتغيير سلوكاته وترجمة هذه الحقائق إلى أنماط سلوكية مستحبة. بمعنى مساعدة المرضى من الإستفادة من المعلومات الصحية وتطبيقها في واقعهم المعاش، حيث تصبح جزءا من نظام معيشتهم. فدور الطبيب نشر هذه الثقافة الصحية بين المرضى في النسق الطبي ودور المريض تنفيذ التعليمات وتحويل المعلومات الصحية إلى ممارسات صحية. وفي هذا الصدد فإن المشكل المطروح هو كيف يتم تحويل هذه المعلومات إلى ممارسات صحية وتقبلها من طرف المريض فتصبح جزءا من حياته اليومية إستنادا على مستواه التعليمي؟

وبغرض قياس مدى صحة هذه الفرضية أو نفيها نحاول في هذا الفصل تحليل نتائج الدراسة الميدانية إنطلاقا من الجداول، المزودة بالتحاليل الإحصائية والسوسيولوجية التي سوف نعالجها في الصفحات اللاحقة.

المطلب الأول: علاقة المستوى التعليمي للمريض بإكتسابه للمعرفة الصحية:

إن المستوى الصحي لأي بلد من بلدان العالم لا يقاس بنوعية الخدمات المقدمة من طرف الدولة للتكفل بمرضاها بقدر ما يقاس بدرجة الوعي الصحي والنضج الإجتماعي الذي يتمتع به المرضى، وعلى رأي عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" فإن المرض يعتبر "خلل وظيفي لأنه يمثل أسلوب من أساليب الإستجابة للضبط الإجتماعي والسماح للمريض بالتهرب أو التخلي عن مسؤولياته الإجتماعية ونظرا لأن المريض يعفى من إلتزاماته الطبيعية ولذلك على الطبيب أن يكون الآلة التي يستخدمها النسق الإجتماعي لضبط المرض ومحاولة الإرجاع بالمريض إلى حالة الطبيعية كلما أمكن ذلك".[1]

إن التربية بصفة عامة هي نظام دوره الأساسي هو نقل النماذج الثقافية إلى الأفراد، أي عملية تعليم أفراد المجتمع أصول الحياة لمواجهة مصاعبها، بمعنى آخر تنشئة الفرد إجتماعيا وإعداده إعدادا صحيحا ليكون عضو فعال في المجتمع. أما بالنسبة للتربية الصحية، فهي عملية تشبه التنشئة الإجتماعية وهي تربية الشخص صحيا، تلقينه أصول الصحة، فهي لا تمثل فقط نشر المعلومات الصحية أو عرض فيلم صحي فقط وإنما هدفها الأساسي إلى جانب الهدف الأول هو محاولة تلقين الفرد المبادئ الأساسية للصحة وكيفية إستغلال هذه المعلومات في نظام حياته تماشيا مع ظروفه المعيشية. ويعتبر التأثير هدف يسعى إليه المختصون في نشر التربية الصحية بما فيهم الطبيب.

وفي هذا السياق، فإن إنعدام الوعي الصحي لدى المريض يعتبر معوقا من معوقات النسق الطبي أي عدم إستقراره لإحداث نوع من الضبط الإجتماعي، وعليه فإن الطبيب يقوم بنشر التثقيف الصحي وتنمية الوعي لدى الفرد. فدوره يعتبر من الأدوار الأساسية والهامة التي يشهد لها العامة والخاصة. فإلى جانب العمل الطبي الذي يقوم به، فإنه يسعى جاهدا إلى مساعدة المرضى من خلال دوره الذي يتضمن قيم، معايير وأخلاقيات مهنية تمليه عليه للقيام بواجباته وأدائه لدوره على أحسن وجه ممكن، حيث أن دوره "بمثابة قوانين يحترمها وينفذها. ويرتبط دور الطبيب إرتباطا تاما بدور المريض، ولذا لا بد من إستغلال هذا الدور في تنمية الوعي الصحي لدى المريض".[2]

وإنطلاقا مما سبق ذكره، فإن عملية تنمية الوعي الصحي هي حادثة إجتماعية ومسؤولية الطرفين معا كل من الطبيب والمريض، لأن عمل الطبيب توفر له فرصة لتعليم المرضى أصول وقواعد محاربة المرض إلى جانب مهنته كطبيب معالج. فهذه العملية تعتبر جزءا من عمله اليومي لا تتجزأ عن العلاج والكشف الطبي. فهو يجد نفسه مضطرا للقيام بذا الدور سواء كان يتقن ذلك أو لا. وعلى المريض إتباع تعليمات الطبيب والتعاون معه لإحداث نوع من التنمية الصحية وتكامل أدوار الطرفين. وفي هذا الصدد يعتبر التعليم

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 199.

(2) نفس المرجع، ص203.

من أهم المتغيرات الإجتماعية المؤثرة في توفر الوعي الصحي لدى المريض وزيادة خبراته ومعلوماته التي يتلقاها من طبيبه المعالج حول المرض.

إن الثقافة الصحية تتألف من ثلاثة مفاهيم أساسية ألا وهي المعرفة، الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة. وعليه إعتمدنا في بحثنا هذا خاصة في القسم الميداني على هذه المفاهيم السابقة كمؤشرات للثقافة الصحية وإبراز أهم المتغيرات المستقلة وتأثيرها على هذه المفاهيم. ومن أهم هذه المتغيرات المستقلة المستوى التعليمي وكشف درجة تأثيره على الثقافة الصحية. وفي هذا المحور إكتفينا بمعالجة مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي والمعرفة الصحية للمريض، وهل توجد معرفة صحية حقا أم هي مجرد معرفة وهمية؟

وبغرض التحقق من ذلك قمنا بمحاولة ربط المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للمرضى مع المتغير التابع ألا وهو المعرفة الصحية. وذلك من خلال سلسلة من الجداول الإحصائية على النحو التالي:

جدول رقم (38): يوضح توزيع المبحوثين حسب مدى تقديم الطبيب معلومات صحية للمريض المصاب بمرض مزمن (داء السكري، ضغط الدم أو القلب):

تقديم معلومات صحية من طرف الطبيب	التكرار	النسبة %
نعم	245	81.67
لا	42	14
لا أعرف	13	4.33
الموع	300	100

جدول رقم (39): يمثل توزيع أفراد العينة الذين قدم لهم الطبيب معلومات صحية حسب المستوى التعليمي وعلاقته بكفاية المعلومات الصحية المقدمة من طرف الطبيب للمريض.

كفاية المعلومات الصحية / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	107 % 90.68	11 % 9.32	118 % 100
إبتدائي	48 %81.36	11 % 18.64	59 % 100
متوسط	13 %59.09	09 % 40.91	22 % 100
ثانوي	07 % 21.87	25 % 78.13	32 % 100
جامعي	01 % 7.14	13 % 92.86	14 % 100
الموع	176 % 71.84	69 % 28.16	245 % 100

حسب المعطيات الواردة في الجدول رقم (38) يتضح لنا جليا من خلال الوهلة الأولى أن للطبيب دور هام في تثقيف المريض صحيا، حيث يتبين لنا أن أغلبية المبحوثين صرّحوا بأن الطبيب قدّم لهم معلومات صحية حول مرضهم المزمن (داء السكري، ضغط الدم أو القلب)، وذلك بنسبة تفوق النصف أي 245 مريض من أصل 300 مريض بنسبة 81.67 % من أفراد العينة مقارنة بالأعداد المتبقية التي تتوزع بين صنف "لا" بنسبة 14 % من المرضى و 4.33 % من المرضى المصرحين في صنف "لا أعرف".

وفي هذا الصدد، تبرز العلاقة الموجودة بين المستوى التعليمي وكفاية المعلومات الصحية، بحيث يشير الجدول رقم (39) أن نسبة كبيرة من أفراد عينتنا صرّحوا بأن المعلومات المقدمة لهم من طرف الطبيب هي معلومات كافية، وذلك بنسبة تقدر ب 71.84 %، وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المرضى الأميين بنسبة تمثل 90.68 % من مجموع الأميين مقارنة بنسبة 9.32 % من نفس فئة المستوى التعليمي الذين صرحوّا بعدم كفاية المعلومات الصحية المقدمة لهم من طرف الطبيب.

وما يمكن ملاحظته من الجدول هو أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كلما إنخفضت نسبة تصريحهم بكفاية المعلومات الصحية المقدمة لهم من طرف الطبيب، حيث نجد أن فئة المرضى من المستوى التعليمي الإبتدائي الذين أجابوا بكفاية المعلومات الصحية مثلوا نسبة 81.36 % مقارنة بمثيلتها من نفس المستوى التعليمي الذين قدمت لهم معلومات صحية غير كافية أي نسبة 18.64 % من مجموع المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي.

وبالنسبة لفئة المرضى من المستوى التعليمي المتوسط نجد نسبة59.09 % صرّحوا بأن المعلومات المقدمة لهم كافية مقابل نسبة40.91% من فئة المستوى التعليمي المتوسط المصرحين بعدم كفاية المعلومات الصحية.

وإذا تطرقنا إلى فئة الثانويين من المرضى فنجدهم مثّلوا نسبة 21.87% المصرحين بكفاية المعلومات الصحية. لترتفع النسبة عند نفس الفئة من المستوى التعليمي المصرحين بعدم كفاية المعلومات الصحية أي نسبة 78.13 % من مجموع المبحوثين الثانويين.

وفي نفس السياق نلاحظ أن إرتفاع المستوى التعليمي للمريض يقابله إنخفاض في التصريح بكفاية المعلومات الصحية المقدمة من طرف الطبيب، ففئة الجامعيين من المرضى قدرت نسبتهم 7.14 % الذين صرحوا بكفاية المعلومات الصحية المقدمة لهم مقارنة بنسبة 92.86 % من نفس فئة المستوى التعليمي المصرحين بعدم كفاية المعلومات الصحية المقدمة من طرف الطبيب.

نستنتج من خلال الجدولين السابقين بأن المستوى التعليمي هو المحرك الأساسي للثقافة الصحية للمريض التي ينشرها الطبيب. فالمرضى الأميين هم الأكثر ضنا بأن المعلومات المقدمة إليهم هي معلومات كافية، ويرجع ذلك إلى أنهم أكثر إقتناعا بالمعلومات المقدمة بالرغم من قلتها.فليست لديهم أدنى معلومات طبية وأيضا لا يعرفون قيمة المعلومات المقدمة لهم إن كانت مهمة أم لا. فالتعليم يعتبر من أهم العوامل التي تلعب دور فعال في نشر التثقيف الصحي وإكتساب المعلومات الصحية، فالمرضى الأكثر تعليما يكون

عندهم أكبر وعي بالأمور الصحية وأكثر معرفة بخبايا الجسم والمرض مقارنة بمنخفضي المستوى التعليمي الأقل وعيا صحيا. مثلا الأميين يتقبلون بكل سهولة ما يقدم لهم من معرفة صحية ويعتبرونا كافية، وهذا يرجع إلى سبب جهلهم بالأمور الصحية أي إنخفاض ثقافتهم الصحية. فهذه المعلومات هي معلومات جديدة بالنسبة للمريض. عكس المرضى من ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الذين يقيمون المعلومات الصحية المقدمة لهم بأنا ليست بجديدة بالنسبة لهم، وهي غير كافية، وهذا نتيجة تمتعهم بالثقافة الصحية حول المرض المزمن.

إن عدم التجانس بين المبحوثين والإختلاف في النسب المئوية يفرز لنا حقائق جد هامة يبرز من خلالها دور الطبيب الذي يعتبر مكملا لدور المريض. فبمجرد تسجيل حالات مرضية يتم تخصيص للمريض أكبر قسط من الوقت في الإستشارة الطبية الأولى وشرح له ولأسرته بالتفصيل طبيعة المرض وأهم التدابير الواجب إتخاذها لتجنب مضاعفات المرض. يعني أن الطبيب يقوم بتوعية المريض صحيا وتلقينه تربية صحية تتماشى مع ظروف حياته. وهذا ما أثبتته نتائج المقابلات التي أجريناها مع الأطباء، حيث أن البعض منهم صرّح بأن الإستشارة الطبية الأولى تستغرق أكبر قدر من الوقت 30 دقيقة أو أكثر، لأن المريض تكون له صعوبة في تقبل مرضه، ولذا نلجأ إلى إقناعه وشرح له تفاصيل حول المرض، أسبابه وأهم الإحتياطات الواجب إتخاذها لكي لا تكون مضاعفات. فإستنادا على تصريحات الأطباء، فإن بناء علاقة مع المريض نبدأ من خلال الوهلة الأولى لتلاقي الطرفين معا. ففي هذا المال الثقة، فتح الحوار، النقاش ومعرفة الوضعية الشخصية، الإجتماعية والإقتصادية للمريض من أهم الأسس البناءة لإستمرار علاقة طبيب-مريض خالية من التوترات والتناقضات، حيث أوضح بعض العلماء الإجتماعيين أمثال "تالكوت بارسونز Talcott Parsons " مبادئ هذه العلاقة والمتمثلة في الأدوار الإجتماعية لكلاهما، والتي تتضمن الحقوق والواجبات التي قررها المتمع لكل من الطبيب والمريض، فكل دور مكملا للدور الثاني* . لذا كان من بين واجبات الطبيب نشر التثقيف الصحي وتزويد المريض بالثقافة الصحية إلى جانب الإهتمام بالعلاج والتشخيص الطبي. ومن حق المريض الإستفادة من خبرات ومعلومات طبيبه وإستغلالها في نظام حياته، وهذا كله

---

* من خلال الدراسات التي قام با "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، هي دراسة كل من دور الطبيب والمريض من خلال توظيف النظرية البنائية الوظيفية. فبالنسبة له العلاقة طبيب-مريض تبرز من خلال أدوار هذين الطرفين. فللطبيب دور هام يتمثل في الكفاءة التقنية، العمومية أو الشمولية، الخصوصية الوظيفية، الحياد العاطفي والتوجه نحو الجماعة. وقد تتمثل واجباته في العمل على تحقيق رفاهية ومصلحة المريض والمتمع قبل مصلحته الشخصية والمادية والإتصاف بالموضوعية في التعامل مع المريض. أما حقوقه فله الحق في الإطلاع على أسرار المريض وفحص جسمه. وإذا تطرقنا إلى دور المريض فإنه يتمثل في الحقوق والواجبات، إذ أن من أهم حقوقه، إعفائه من مسؤولياته الإجتماعية وكل الأدوار التي كان يقوم با مثلا العمل، الدراسة، الحياة الزوجية...الخ. والحق الثاني هو الإستفادة من الرعاية الصحية ومن المساعدات في كل الميادين خاصة في المستشفى والأسرة. وفيما يتعلق بواجباته، فهي محاولة البحث عن شفاء لحالته المرضية والتعاون مع الطبيب من خلال إتباع نصائحه وإرشاداته لتحقيق الشفاء.

ولمزيد من المعلومات راجع الصفحات الوجيزة في الفصل الثالث الخاص بالعلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى.

لإحداث ضبط إجتماعي وتكيف في النسق الطبي، لأن نقص الوعي الصحي لدى المريض يؤدي إلى عدم التكيف في النسق العلاجي. وعليه فإن عدم التكيف يعتبر من المعوقات الوظيفية للنسق الطبي في الجزائر، والذي يرتبط بعامل جد هام وهو التعليم، حيث يلعب هذا الأخير دورا فعالا في توفر الوعي الصحي والثقافة الصحية لدى المريض. فغالبا ما يكون الأميين أقل وعيا صحيا و معرفة عكس المتعلمين، وهذا حسب تصريح بعض المرضى، كهذا المريض الذي يؤكد لنا "أنا أمي نعرف ناكل ونرقد برك". فهو يثبت مدى جهالته وأميته بأمور الحياة، بالنسبة له الحياة هي أكل وشرب فقط. فالجهل والأمية المنتشران في المتمع الجزائري خاصة لدى فئة المسنين لها تأثير سلبي على إستيعاب الثقافة الصحية وإكتسابا وحتى على مدى إتضاح أهم الممارسات الصحية المفروضة عليهم من طرف الطبيب. فالبعض من الأميين لا يفهم جيدا ما يقال له أثناء الإستشارة الطبية. وأيضا درجة الإستيعاب للمعلومات الصحية تكون ضعيفة جدا، فهؤلاء المرضى هم أكثر إقتناعا بما يقال لهم من طرف الأطباء دون أية معارضة أو أي إستفسار، لأنهم يرون بأن الطبيب هو المثل الأعلى لإسترجاع صحتهم.

ولإبراز درجة العلاقة بين المستوى التعليمي ومدى كفاية المعلومات المقدمة من طرف الطبيب، تم إستخدام معامل الإرتباط، وهو معامل التوافق الذي قدر بـ 0.39. ويعني ذلك وجود علاقة طردية بين المتغيرين السابقين، درجة الإرتباط بينهما ضعيفة.

وإستنادا على الجدولين السابقين، نود التأكد من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمريض والبحث عن معلومات صحية إضافية، وما هي المصادر المعتمد عليها في إكتساب المعلومات الصحية؟

جدول رقم (40): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية إضافية.

البحث عن معلومات صحية / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	11 % 7.86	129 % 92.14	140 % 100
إبتدائي	11 % 13.75	69 % 86.25	80 % 100
متوسط	09 % 32.14	19 % 67.86	28 % 100
ثانوي	24 % 63.16	14 % 36.84	38 % 100
جامعي	11 % 78.57	03 % 21.43	14 % 100
الموع	66 % 22	234 % 78	300 % 100

جدول رقم (41): يمثل توزيع أفراد العينة الذين بحثوا عن معلومات صحية في مصادر معينة.

المصادر / المستوى التعليمي	طبيب ثاني	مريض	الوسط الأسري	أشخاص أصحاء	وسائل الإعلام	كتب	جمعيات	أنترنيت	أقارب يعملون بالمستشفى	الموع
أمي	03 % 27.28	02 % 18.18	02 % 18.18	01 % 9.09	01 % 9.09	-	-	-	02 % 18.18	11 % 100
إبتدائي	02 % 18.18	02 % 18.18	-	03 % 27.27	03 % 27.27	-	01 % 9.09	-	-	11 % 100
متوسط	01 % 11.11	-	-	01 % 11.11	06 % 66.67	01 % 11.11	-	-	-	09 % 100
ثانوي	05 % 20.83	01 % 4.17	02 % 8.33	02 % 8.33	07 % 29.17	04 % 16.67	-	01 % 4.17	02 % 8.33	24 % 100
جامعي	03 % 27.27	-	-	-	03 % 27.27	04 % 36.36	-	01 % 9.09	-	11 % 100
الموع	14 % 21.21	05 % 7.57	04 % 6.06	07 % 10.60	20 % 30.30	09 % 13.64	01 % 1.51	02 % 3.03	04 % 6.06	66 % 100

حسب المعطيات الواردة في الجدول رقم (40) الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية إضافية، إتضح لنا أن أغلبية المرضى لم يبحثوا عن معلومات صحية إضافية، حيث قدرت النسبة بـ 78 % من أفراد العينة مقارنة بنسبة 22 % فقط من المرضى بحثوا عن معلومات صحية إضافية.

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي والبحث عن معلومات إضافية قمنا بإدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي، والذي أبرز لنا حقيقة مهمة جدا وهي أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كلما قلت نسبة عدم البحث عن معلومات صحية إضافية والعكس صحيح. كلما إنخفض المستوى التعليمي للمريض كلما إرتفعت نسبة عدم البحث عن معلومات صحية إضافية. ويعني ذلك أن إرتفاع المستوى التعليمي يتبعه إرتفاع في نسبة البحث عن معلومات صحية، حيث قدر عدد المرضى الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية 234 مريض أي نسبة 78 % من أفراد العينة. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المرضى الأميين الذين قدرت نسبتهم بـ 92.14 % مقارنة ب 7.86 % فقط من نفس فئة المستوى التعليمي الذين بحثوا عن معلومات صحية.

أما بالنسبة لفئة المستوى التعليمي الإبتدائي، فنجد أن النسبة تنخفض لتمثل 86.25 % من أفراد العينة الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية، مقارنة بنسبة 13.75 % من المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية حول المرض.

وفي نفس السياق، فإن المرضى من المستوى التعليمي المتوسط قدرت نسبتهم ب 67.86 % الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية إضافية مقارنة بنسبة 32.14 % فقط من نفس المستوى التعليمي الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية.

وبإرتفاع المستوى التعليمي يقابله إنخفاض في عدم البحث عن معلومات صحية وإرتفاع في فئة البحث عن معلومات صحية إضافية، فالثانويين هم أقل في صنف "لا" أي مثلوا نسبة 36.84 % من مجموع الثانويين، والأكثر بحثا عن معلومات صحية إضافية وذلك بنسبة تقدر ب 63.16 % من مجموع الثانويين.

وإذا تفحصنا جيدا الجدول رقم (40) نجد أن المرضى الجامعيين مثلوا نسبة ضعيفة جدا من المبحوثين غير الباحثين عن معلومات صحية إضافية أي نسبة تمثل 21.43 % من مجموع الجامعيين مقارنة بنسبة 78.57 % من الجامعيين بحثوا عن معلومات صحية.

والجدير بالذكر هو أن المبحوثين الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية إختلفت مصادر البحث عن المعلومات، وهذا يتحدد من خلال المستوى التعليمي للمريض، حيث يتضح ذلك من خلال الجدول رقم (41) المتمثـل في توزيع أفراد العينة الذين بحثوا عن معلومات صحيـة إضافيـة والذين قدّر عـددهم بـ 66 مريض فقط.

إن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو وسائل الإعلام التي تعتبر أهم وسيلة لنشر الثقافة الصحية، والتي تتمثل في الوسائل السمعية والبصرية بالدرجة الأولى، حيث قدر عدد المرضى بـ 20 مريض بحث عن معلومات صحية إضافية في وسائل الإعلام لكسب معرفة صحية، أي بنسبة تقدّر بـ 30.30 % من مجموع المبحوثين الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي، وجدنا أن النسبة مدعمة من طرف المرضى ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 66.67 % من مجموع المرضى المعتمدين على وسائل الإعلام مقارنة بالمصادر الأخرى التي عرفت إنخفاضا، بحيث سجلنا نسب متساوية عند مصادر الكتب وأشخاص لديهم معلومات صحية وطبيب ثاني، أي بنسبة 11.11 % لكل مصدر سابق من فئة المستوى التعليمي المتوسط. لتنعدم النسبة عند المصادر المتبقية مريض يعاني نفس المرض، الوسط الأسري، جمعيات، أنترنيت وأقارب يعملون بالمستشفى.

لتأتي فئة المرضى الثانويين التي إستفادت من وسائل الإعلام بنسبة 29.17 % مقارنة بالإستفادة من طبيب ثاني، مريض يعاني نفس المرض، الوسط الأسري، أشخاص لديهم معلومات صحية، كتب، أنترنيت و أقارب بالمستشفى على النحو التالي من النسب المئوية، 20.83 %، 4.17 %، 8.33 %، 8.33 %، 16.67%، 4.17 %، 8.33 %. لتنعدم النسبة عند المرضى الثانويين المعتمدين على الجمعيات لكسب ثقافة صحية حول المرض.

وإذا تكلمنا على فئة المرضى الجامعيين فإن النسبة قدرت بـ 27.27 % من المرضى الذين إستفادوا من وسائل الإعلام (السمعية، البصرية والمكتوبة) مقارنة بنفس النسب بالنسبة للمرضى المستفيدين طبيب ثاني أي نسبة 27.27 % من مجموع المرضى الجامعيين، لترتفع نسبة الجامعيين لدى مصدر الإستفادة من الكتب خاصة الطبية، بنسبة 36.36 % من مجموع الجامعيين، وتعرف هذه الفئة من المرضى إحتشام لدى

مصدر الأنترنيت بنسبة 9.09 % من مجموع المبحوثين الجامعيين. أما باقي المصادر الأخرى لدى فئة الجامعيين تعرف إنعدام في النسب، وذلك في كل من مصدر الإستفادة من مريض يعاني نفس المرض، الوسط الأسري، أشخاص لديهم معلومات، جمعيات وأقارب يعملون بالمستشفى.

وإنخفاض المستوى التعليمي للمبحوثين يقابله تسجيل طفيف في مصادر الإستفادة من المعلومات الصحية خاصة من وسائل الإعلام، حيث سجلوا الإبتدائيين نسبة 27.27 % إستفادوا من وسائل الإعلام من مجموع فئة المرضى من المستوى التعليمي الإبتدائي، وأن هذه الفئة إستفادة أكثر وأكثر من التلفاز من خلال الحصص التلفزيونية كحصة الإرشادات الطبية التي تبث كل يوم جمعة، وأيضا الإستفادة من بعض الأشرطة التثقيفية المترجمة إلى اللغة العربية والتي تبث في بعض الأحيان في التلفاز. وإذا قارنا مدى إعتماد المرضى الإبتدائيين على هذه الوسيلة مقارنة بالوسائل الأخرى نجد نفس النسبة من المرضى لجأت إلى أشخاص لديهم معلومات صحية، وذلك بنسبة تقدر بـ 27.27 % من مجموع المستوى التعليمي الإبتدائي. أما النسبة لكل من مصدر طبيب ثاني ومريض يعاني نفس المرض، فنجد نسبة متساوية تمثل 18.18 % من مجموع المبحوثين من المستوى التعليمي الإبتدائي. في حين الإستفادة من مصدر الجمعيات، فتقدر النسبـة بـ 9.09 % من مجموع المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي وهي نسبة ضئيلة جدا. لتنعدم النسبة في كل من مصدر الوسط الأسري، الكتب، الأنترنيت وأقارب يعملون بالمستشفى.

وفي نفس السياق، فإن الأميين عرفوا إنخفاضا في نسبة الإستفادة من وسائل الإعلام أي قدرت النسبة بـ 9.09 % من مجموع الأميين مقارنة بنفس النسبة عند وسيلة أشخاص لديهم معلومات ونسبة 18.18 % لكل من الوسط الأسري، مريض يعاني نفس المرض و أقارب يعملون بالمستشفى من مجموع المبحوثين الأميين. لترتفع النسبة لدى المرضى الأميين المعتمدين على طبيب ثاني بنسبة 27.28 % من مجموع المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الأمي، حيث أن الأميين لا يثقون في الطبيب المعالج غالبا. وخاصة عندما لا يعرفون تحسنا في حالتهم الصحية، لذا يلجئون إلى أطباء آخرين ويقارنون ما يقال لهم حول مرضهم. وفي نفس الوقت يستمرون في زيارة طبيبهم الأول المختص دون التصريح للطبيب الثاني.

من خلال الجدول رقم (40)، نلاحظ أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي ومدى البحث عن معلومات إضافية حول المرض المزمن، حيث أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما إرتفع البحث عن معلومات صحية. فمن خلال هذه الملاحظة نستنتج أن قدرة المريض الأمي على إكتساب المعلومات الصحية تقل، مما ينتج عن ذلك غياب للثقافة الصحية. فبالرغم من الدور الذي يقوم به الطبيب في نشر التثقيف الصحي، إلا أن المستوى التعليمي يبقى عائقا في توعية المريض صحيا، خاصة إذا كان منخفضا. فهو سبب من أسباب عدم الفهم وعدم الإستيعاب للمعلومات الصحية، لأن تفكير الأمي محدود خاصة إذا تعلق الأمر بالمرضى المسنين. ونظرا لطول فترة المرض إلا أنهم لا يملكون معلومات صحية ولم يحاولوا البحث عنها. فأميتهم وجهلهم لا يسمحان لهم بالقراءة ولا الكتابة، لذا هم يكتفون فقط بمعلومات

الطبيب. أما بالنسبة لفئة المرضى الذين بحثوا عن معلومات صحية، فالأغلبية العظمى منهم تمثلت مصادر البحث في وسائل الإعلام السمعية، البصرية والمكتوبة، والتي تعتبر جزءا مكملا لدور الطبيب وتقوم بنشر التربية الصحية في أوساط المرضى. مثلا في الجزائر غالبا ما نصادف في التلفاز حصص طبية تثقيفية، في الجرائد صفحات حول الأمراض...الخ. فهذه الوسيلة هي وسيلة فعالة في تربية المريض صحيا وتنشئته طبيا، إلا أنا تعمل في إتجاه واحد تخدم خاصة الفئة المثقفة، وهذا بالنسبة للجرائد واللات خاصة. وقد يستفيد المرضى الأميين نوعا ما من هذه الوسيلة خاصة التلفاز بإعتباره أحسن وسيلة لتوصيل الرسالة الصحية، "إذ أن المعلومات تصل إلى الفرد في جميع الحالات ولا تحتاج إلى الأماكن الخاصة وغير ذلك من المتطلبات التي نريدها في الوسائل الأخرى".[1] ولكن ما يلاحظ في واقعنا المعاش يبقى مشكل اللغة الطبية أكبر معوق من معوقات التكامل الثقافي، فهي تعيق المريض الأمي من فهم الأمور الطبية وإستيعابا. وفي هذا الصدد ترى نادية محمد السيد عمر أنه "من المعوقات التي تواجه التكامل الثقافي في النسق العلاجي هي اللغة الطبية (...) حيث أن هناك الكثير من الدراسات التي أجريت في هذا المال وأثبتت أن إستخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية أمام المرضى دون الإهتمام بما إذا كان المريض يفهمها أو لا أمر شائع، ويرى الباحثون أن هذه المصطلحات التي يستخدمها الأطباء عادة ما تخلق مشاكل في إتصال الطبيب بالمريض". [2]

إن أهم المعوقات لإكتساب الثقافة الصحية في المتمع الجزائري، نجد الإنخفاض في المستوى التعليمي وإنتشار الأمية. إضافة على ذلك، غياب ثقافة القراءة والبحث في المال الطبي عند الفرد الجزائري إلا في الحالات المفروضة عليه وهذا ينطبق على المتعلمين الذين إستفادوا أكثر من وسائل الإعلام خاصة المكتوبة وحتى السمعية والبصرية، عكس الأميين الذين يجدون صعوبة في الفهم والإستيعاب، حيث تعتبر الصحف وسيلة من وسائل نشر التثقيف الصحي موجهة لفئة معينة من أفراد المتمع، وهي الفئة المتعلمة، ولكن أهم عيوب هذه الوسيلة هي أنا تعمل في إتجاه واحد، وهو إيصال المعلومة الطبية إلى فئة المتعلمين فقط، وأيضا أنا لا تشركه في التخطيط. وفي هذا المال فإن إرتفاع نسبة الأمية في الجزائر قد تعيق من عمل هذه الوسيلة وتصبح غير ناجعة، بإعتبار أن نسبة كبيرة من المرضى مسنين وأيضا من الأميين لا يعرفون القراءة ولا الكتابة، وبالتالي يجدون صعوبة في إكتساب المعلومات الصحية، مما يفقدهم من تمتعهم بثقافة صحية حول مرضهم المزمن. فوسائل الإعلام في الجزائر لا تقوم بدورها الإيجابي في نشر التثقيف الصحي بين أوساط المرضى، خاصة أن المتمع الجزائري يعرف إرتفاع لعدد المصابين بالأمراض المزمنة، فنجد أن التطرق لهذه الأمراض في وسائل الإعلام السمعية، البصرية والمكتوبة يصادف بالخصوص اليوم العالمي حول ذلك المرض، عكس البلدان الأخرى التي تمثل وسائل إعلامها أنجع وسيلة لتربية الفرد صحيا.

(1) محمد رشاد عامر، مرجع سابق، ص ص 145-146.

(2) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 466.

وكخلاصة للقول، فإن التعليم يعتبر متغير فعال في نشر التثقيف الصحي، حيث يشير مصطفى القمش في مؤلفه مبادئ الصحة العامة في هذا الصدد إلى أنه "ترتبط الأساليب الصحية السليمة في الحياة إرتباطا كبيرا بمستوى التعليم، ومن ناحية أخرى فإن مجهودات التربية الصحية تحتاج إلى المضاعفة بين الأميين عنه بين المتعلمين، فالأمي لا يمكنه قراءة النشرات أو الكتيبات أو فهم النظرية الجرثومية وغيرها من مكونات التربية الصحية الحديثة، كذلك فالنظام التربوي لا يمكن أن يصل إلى أهدافه إلا عن طريق التربية الطبية والصحية". (1)

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية، تم حساب معامل الإرتباط وهو كا^2 الذي قدر بـ 84.73 عند درجة الحرية 4 ومستوى الدلالة 0.05، أما كا^2 الجدولية فهي 9.48 ويعني ذلك وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية، ومنه توجد علاقة بين المتغيرين السابقين.

المطلب الثاني: توفر المعرفة الصحية عند المريض وعلاقتها بالمستوى التعليمي:

إن إكتساب معرفة صحية وزيادة الوعي الصحي يعتبر من أهم المؤشرات المؤثرة في الحالة الصحية للمريض،خاصة إذا كان هذا الأخير مصاب بمرض مزمن،فهذه المعرفة تقاس على أساس مدى توفر معلومات صحية ومعرفة بعض المخاطر التي تعتبر مؤشرا من مؤشرات قياس صحة الفرد. وعليه سوف نحاول في هذا العنصر معالجة وقياس المعلومات الصحية للمريض من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (42): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وتوفر معلومات صحية حول المرض المزمن (داء السكري، ضغط الدم والقلب).

توفر معلومات / المستوى التعليمي	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع الكلي
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
أمي	15 % 10.71	04 % 2.86	19 % 13.57	121 % 86.43	140 % 100
إبتدائي	20 % 25	03 % 3.75	23 % 28.75	57 % 71.25	80 % 100
متوسط	05 % 17.86	06 % 21.43	11 % 39.29	17 % 60.71	28 % 100
ثانوي	18 % 47.37	18 % 47.37	36 % 94.74	02 % 5.26	38 % 100
جامعي	03 % 21.43	11 % 78.57	14 % 100	- -	14 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مرجع سابق، ص ص 69-70.

يعالج الجدول رقم (42) المستوى التعليمي وعلاقته بتوفر معلومات صحية حول المرض المزمن، بإعتبار أن توفر هذه الأخيرة لدى المريض تعتبر مؤشرا من مؤشرات الثقافة الصحية المحددة لممارساته.

ولمعرفة درجة المعلومات الصحية لدى المرضى قمنا بتصنيف إجابات المبحوثين المتحصل عليها على أساس توفر المعلومات ومدى تأثرها بالمستوى التعليمي. وعليه كانت معظم إجابات المبحوثين تنصب حول "عدم توفر معلومات صحية"، حيث قدرت النسبة بـ 65.67 % من المجموع الكلي للمبحوثين.

وإستخدامنا للمتغير السوسيولوجي المستوى التعليمي كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على توفر المعلومات الصحية لدى المريض، أثبتت لنا نتائج الإرتباطات أنه توجد علاقة بين المتغيرين السابقين. فكلما إنخفض المستوى التعليمي إنخفضت نسبة المرضى الذين لديهم معلومات صحية حول المرض.

وبما أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو إجابة عدم توفر معلومات صحية، فإن هذه النسبة مدعمة من طرف الأميين بنسبة 86.43 % من مجموع الأميين مقارنة بنسبة 13.57 % من الأميين الذين لديهم معلومات صحية حول مرضهم، حيث أن هذه المعلومات هي معلومات قليلة حول المرض أي 10.71 % فقط مقابل نسبة 2.86 % معلومات ثرية حول المرض. لتأتي فئة المستوى التعليمي الإبتدائي الذين ليست لديهم معلومات حول مرضهم المزمن بنسبة تقدر بـ71.25 % مقابل شريحة ضعيفة من المرضى تملك معلومات صحية أي نسبة 28.75 %. وهذه النسبة مدعمة من طرف المرضى الإبتدائيين الذين إتصفت معلوماتم بمعلومات قليلة حول المرض، حيث قدرت نسبتهم بـ 25 % مقابل نسبة 3.75 % يملكون معلومات ثرية حول المرض المزمن. أما بالنسبة لفئة المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 60.71 % لا يملكون معلومات صحية حول مرضهم المزمن مقابل نسبة 39.29 % من المرضى من نفس المستوى التعليمي يملكون معلومات صحية، منها نسبة 21.43 % معلومات ثرية مقابل نسبة 17.86 % معلومات قليلة حول المرض. وفي نفس الصدد، نسجل نسبة تقدر ب 5.26 % بالنسبة للمبحوثين ذوي المستوى التعليمي الثانوي المصرّحين بعدم توفر معلومات، مقابل نسبة 94.74 % من المرضى يملكون معلومات صحية متساوية في كل من صنف معلومات قليلة ومعلومات ثرية حول المرض المزمن. وأخيرا تنعدم النسبة عند المرضى الجامعيين في صنف عدم توفر معلومات صحية حول المرض مقارنة بنسبة 100% عند الفئة التي تملك معلومات صحية لدى الجامعيين.وأن هذه المعلومات الصحية أغلبيتها معلومات ثرية حول المرض أي نسبة 78.57% مقابل نسبة 21.43% فقط معلومات قليلة حول المرض المزمن.

وإستنادا على التحليل الإحصائي، نستنتج أن المستوى التعليمي له علاقة طردية بتوفر المعلومات الصحية لدى المريض المصاب بمرض مزمن، حيث أن الأميين أقل معرفة صحية مقارنة بالمبحوثين من ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الأكثر توفرا للمعلومات الصحية. ويمكن تفسير هذا الإختلاف بالجهل والأمية الأكثر إنتشارا في المجتمع الجزائري، والتي تعتبر معوق من أهم المعوقات الأساسية لنشر التثقيف الصحي في المجتمع وإكتساب الثقافة الصحية. كما أن المرضى بصفة عامة يكتفون فقط بالمعلومات المقدمة لهم من

طرف الطبيب، دون اللجوء إلى البحث عن معلومات أخرى في مصادر أخرى. وهذا يدل على نقص في ثقافة القراءة والبحث والتفحص في المجال الطبي. فللطبيب دور إجتماعي حدده له المجتمع، وذلك من خلال الحقوق والواجبات. فإذا كانت نظرته إلى المريض على أنه حالة مرضية فقط دون معرفة خصوصياته الأخرى لا يمكن له فهمه ومساعدته، لذلك فلا بد أن يكون تدخله لمعالجة مريضة خاصة في حالة الأمراض المزمنة هو تدخل فني وعلاجي مصحوب بفرض التثقيف. ففي هذا المنوال، فهو لا يشخص المرض أو يصف الدواء لمريضه فقط، وإنما يقوم بتعليمه تعاليم صحية تثقيفية حول المرض وطبيعته، الإحتياطات الواجب إتخاذها وأهم الممارسات الصحية المفترض إتباعها في نظام الحياة. فالأمراض المزمنة تتطلب معرفة جيدة لتسييرها بطريقة سليمة. ولهذا يمكن القول أن للطبيب دور فعال في توعية المريض صحيا، فهذه العملية مسؤوليته ومسؤولية المريض معا، لأنه يوظف خبراته العلمية في علاج المريض من خلال تثقيفه وتزويده بالمعلومات الصحية. فهذه العملية هي عملية لا تتجزأ من عمله العلاجي يقوم با سواء كان يحسن التلقين أو لا يحسنه. وعلى المريض إتباع النصائح الطبية وتنفيذها أي التعاون مع طبيبه. فطبيعة هذه المهنة توفر له أكبر مجال في تنمية الوعي الصحي لدى الفرد. وفي هذا الصدد يجد صعوبة في تثقيف المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، وهذا راجع إلى عدم قدرتم على إستيعاب المعلومات الصحية بشكل جيد. مما يدل ذلك على نقص ثقافتهم الصحية. أي عدم توفر الوعي الصحي مما يخلق عدم التكيف في النسق الطبي. وفي هذا المجال قامت الباحثة نادية محمد السيد عمر بدراسة في مدينة الإسكندرية. وقد توصلت إلى من النتائج.* وفي نفس السياق تؤكد دراسة الدكتورة نادية محمد السيد عمر، حول دور الطبيب في تنمية

*لقد أكدت الباحثة نادية محمد السيد عمر في كتابا علم الإجتماع الطبي المفهوم والمجالات، في الصفحات التالية401-473 المعوقات الوظيفية للنسق العلاجي في مدينة الإسكندرية، حيث أبرزت معوقات التكيف داخل النسق الطبي، معوقات إنجاز الهدف، معوقات التوازن والثبات وأخيرا معوقات التكامل. إذ ترى بأن معوقات التكيف تتمثل في عدم توفر الوعي الصحي لدى المريض المرتبط بمستواه التعليمي. وإعتبرت التعليم أحد العوامل الهامة في توفر الوعي الصحي وزيادة خبرات المريض ومعلوماته. وقد أثبتت الدراسة أن نسبة المرضى الذين يوافقون على نظام العلاج بدون أي إستفسارات ترتفع عند فئة الأميين وذلك بنسبة 39.5% في مستشفى المواساة مقابل نسبة 58% في مستشفى الأميري بالإسكندرية. أما بالنسبة لشريحة المتعلمين خاصة الجامعيين تبلغ نسبتهم1.5% في مستشفى المواساة ونسبة 2% في مستشفى الأميري والعكس صحيح. إذ تنخفض النسبة بين الأميين لدى المتعلمين في عدم الموافقة على النظام العلاجي. وأوضحت كذلك أن هناك إرتباط بين المستوى التعليمي وبين الصعوبات التي تقابل المريض أثناء تحدثه مع طبيبه، إذ نجد نسبة88.3% من المرضى الجامعيين لا تقابلهم صعوبات عند التحدث مع طبيبهم في مستشفى المواساة ونسبة82.5% في مستشفى الأميري عكس الأميين، حيث تنخفض النسبة تدريجيا كلما إنخفض المستوى التعليمي. فأغلبية الأميين يؤكدون على وجود صعوبات أثناء تحدثهم مع الطبيب. ومن بين هذه الصعوبات عدم قدرتم على توضيح حالتهم المرضية وعدم قدرتم على فهم ما يقوله لهم الطبيب. أما فيما يخص معوقات الهدف، فقد حصرتا في قلة الإمكانيات بالمستشفى، حيث أنا ضعيفة جدا مما تعيق الفريق الطبي على تحقيق أهدافه وتجعل الطبيب في صراع بين هذه الوسائل القليلة وكثرة المرضى. وإضافة على ذلك، فإن معوقات تحقيق الهدف هي أيضا كثرة المرضى وقلة الوقت المخصص لكل مريض. وبالنسبة لمعوقات التوازن والثبات، فقد حددتا من خلال عدم تعاون المريض مع الطبيب، معوقات التعليم الطبي في عملية التنشئة الإجتماعية للأطباء ومعوقات النقابة في تحقيق الضبط. وتوصلت أخيرا إلى معوقات تكامل النسق العلاجي والتي تمثلت في معوقات التساند بين الأطباء وهيئة التمريض، معوقات التكامل الثقافي المندرج في اللغة الطبية، معوقات التكامل الإتصالي ومعوقات التكامل المعياري المحدد من طرف إختلاف التوقعات.

الوعي الصحي لدى المريض أن هناك العديد من المعوقات التي تعيق الطبيب من أدائه لدوره الفعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض وفي مقدمتها إنخفاض مستواه الثقافي وإنتشار الأمية والجهل بين عدد كبير من السكان. إضافة على ذلك، فالتمسك بالعادات والتقاليد الموروثة وإنتشار العادات الصحية السيئة واللجوء إلى الصيدليات بدون إستشارة طبية والعمل بالمثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" كلها عوامل تؤثر في الثقافة الصحية هذا من جهة. ومن جهة أخرى عدم إهتمام الطبيب بالقيام بذا الدور ووجود حاجز نفسي بينه وبين مريضه. وأيضا قلة الخدمات الصحية في المستشفيات والوقت الذي يقضيه الطبيب مع المرضى في مقابل أعدادهم الكبيرة وإحجامهم عن التردد على العيادات الخاصة إلا في وقت الضرورة القصوى وبعد حدوث مضاعفات كلها عوامل تعيق الطبيب على القيام بذا الدور التثقيفي،حيث لا تعطى للطبيب فرصة أو وقت لغير القيام بالعمل الطبي. [1]

وللتحقق من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي وتوفر معلومات صحية حول المرض تم إستخدام معامل الإرتباط المناسب الذي هو معامل التوافق، حيث قدر بـ 0.40، ويعني ذلك وجود علاقة طردية بين المتغيرين السابقين، درجة الإرتباط بينهما متوسطة.

جدول رقم (43): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالدوافع الحقيقية للجوء إلى الخدمة الصحية.

الدوافع / المستوى التعليمي	خطورة الحالة المرضية	الحالات المرضية البسيطة	المواعيد الطبية	اليأس من الشفاء	الإطمئنان على الصحة	خبرة سابقة بأقرب الناس	التخصص ونوع المرض	الموع
أمي	40 % 28.57	20 % 14.29	06 % 4.29	71 % 50.71	01 % 0.71	- -	02 % 1.43	140 % 100
إبتدائي	29 % 36.25	12 % 15	05 % 6.25	34 % 42.50	- -	- -	- -	80 % 100
متوسط	06 % 21.43	05 % 17.86	01 % 3.57	14 % 50	02 % 7.14	- -	- -	28 % 100
ثانوي	10 % 26.31	12 % 31.58	03 % 7.89	10 % 26.31	02 % 5.27	01 % 2.64	- -	38 % 100
جامعي	01 % 7.14	06 % 42.86	- -	06 % 42.86	- -	- -	01 % 7.14	14 % 100
الموع	86 % 28.66	55 % 18.33	15 % 5	135 % 45	05 % 1.67	01 % 0.34	03 % 1	300 % 100

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 226-227.

تبرز لنا معطيات الجدول أن الإتجاه العام له تمثل في المبحوثين الذين كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء، وذلك بنسبة تقدر ب 45 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة عززت من طرف الأميين بنسبة 50.71 % مقابل نسبة 28.57 % من الأميين الذين يرون أن الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هو خطورة الحالة المرضية. أما النسب المئوية الأخرى تتوزع بين الأميين الذين يرون أن الدافع للجوء للخدمة الصحية هو الحالات المرضية البسيطة بنسبة 14.29 %، المواعيد الطبية بنسبة 4.29 %، الإطمئنان على الصحة نسبة 0.71% ونسبة 1.43 % في صنف التخصص ونوع المرض.

ليعرف الجدول تذبذب في النسب وفي المستويات التعليمية، إذ أن المبحوثين من ذوي المستوى التعليمي المتوسط نجد نسبة 50 % منهم كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء مقابل نسبة 21.43 % في صنف خطورة الحالة المرضية. لنجد نسبة 17.86 % من المبحوثين كان رأيهم بأن الدافع هو الحالات المرضية البسيطة، نسبة 7.14% الدافع هو الإطمئنان على الصحة ونسبـة 3.57 % الدافع حسب رأيهم هو المواعيد الطبية.

أما بالنسبة للجامعيين، فإن النسبة لا تختلف عن المستويات التعليمية الأخرى في الرأي حول الدوافع الحقيقية للجوء إلى زيارة الطبيب، إذ نسجل نسبة 42.86 % جامعيين كان رأيهم حول الدافع للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء مقابل نفس النسبة كان رأيهم حول الدافع للجوء للخدمة الصحية هو الحالات المرضية البسيطة ونسبة متساوية نسجلها عند فئة الجامعيين الذين كان رأيهم حول الدافع الحقيقي للجوء للخدمة الصحية هو خطورة الحالة المرضية وأيضا التخصص ونوع المرض. وذلك بنسبة 7.14 % من مجموع الجامعيين لكلا الصنفين السابقين.

لتنخفض النسبة بإنخفاض المستوى التعليمي، إذ نسجل بالنسبة للمبحوثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي الذين كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء بنسبة تقدر بـ 42.50 % مقابل نسبة 36.25% من نفس المستوى التعليمي رأيهم حول الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هو خطورة الحالة المرضية، نسبة 15% رأيهم إنصب حول الحالات المرضية البسيطة ونسبة 6.25 % تمثلت في فئة المبحوثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية هو المواعيد الطبية.

وآخر نسبة نسجلها عند المرضى الثانويين. إذ نجد نسبة 26.31 % كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية لزيارة الطبيب هي اليأس من الشفاء مقابل نسبة 31.58 % من الثانويين الدافع حسب رأيهم هو الحالات المرضية البسيطة، نسبة 26.31 % حسب رأيهم الدافع هو خطورة الحالة المرضية. أما الثانويين الذين كان دافعهم اللجوء للطبيب هو المواعيد الطبية تقدر نسبتهم بـ 7.89 % وفي صنف الإطمئنان على الصحة نجد نسبة 5.27 % من الثانويين. وأخيرا نسبة 2.64% من المرضى الثانويين كان رأيهم حول الدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية هي خبرة سابقة بأقرب الناس.

إن المستوى التعليمي للمريض يؤثر على أفكار هذا الأخير وعلى دوافعه للجوء للخدمة الصحية، حيث أن المرضى من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة دوافعهم لزيارة الطبيب ينصب حول اليأس من الشفاء بالدرجـة الأولى. فهذه الظاهرة المنتشرة بين أوساط المرضى ترجع أساسا إلى جهلهم وأيضا إلى عدم الأطباء بمجرد ظهور أعراض المرض والإطمئنان على الصحة. فالتفكير باللجوء للطبيب سوف يفرض عدة واجبات أهمها الدخول في دور المريض. لذا فإن المرضى يتفادون هذا السلوك، ويكون اللجوء للطبيب آخر مرحلة يتبعها المريض، وهذا يكون بعد فوات الأوان واليأس من الشفاء، وهذا ما صادفناه في دراستنا الميدانية. إذ توضح تصريحات المرضى ذلك، كتصريح هذه المريضة "ماشي كل يوم عند الطبيـب". وتضيف مريضة أخرى "ما نروحش للطبيب غير كي نحس روحي مانيش مليحة نخافوا على ولادنا كثر من علينا".

جدول رقم (44): يمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالإيمان بفعالية الطب الشعبي.

مدى الإيمان بفعالية الطب الشعبي / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	83 % 59.29	57 % 40.71	140 % 100
إبتدائي	54 % 67.5	26 % 32.50	80 % 100
متوسط	16 % 57.14	12 % 42.86	28 % 100
ثانوي	17 % 44.74	21 % 55.26	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	08 % 57.14	14 % 100
الموع	176 % 58.67	124 % 41.33	300 % 100

إن الإنسان هو عضو في التمع يؤمن بعاداته، تقاليده ويرث من خلال تنشئته الثقافية الإجتماعية القيم والإرث الثقافي وحتى الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالصحة. وفي هذا السياق فإن الإيمان بفعالية الطب الشعبي هي أفكار ومعتقدات تسيطر على فكر المريض، وهذا ما لاحظناه من خلال معطـيات الجدول رقم (44)، حيث أن أكبر نسبة من المرضى تؤمن بفعالية الطب الشعبي بنسبة 58.67 % مقارنة بنسبة 41.33% لا تؤمن بفعالية الطب الشعبي.

وبإدخالنا للمتغير المستقل المستوى التعليمي، نجد أن المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي والأمي أكثر إيمانا بفعالية هذا الطب. فنسبة 67.5 % من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي تؤمن بفعالية الطب الشعبي مقابل نسبة 32.50 % من المرضى من نفس فئة المستوى التعليمي لا تؤمن بفعالية الطب الشعبي.

أما بالنسبة للمرضى الأميين فسجلنا نسبة 59.29 % يؤمنون بالطب الشعبي و نسبة 40.71 % لا يؤمنون بالطب الشعبي من المبحوثين الأميين.

لتبقى النسبة مرتفعة عند فئة المبحوثين من المستوى التعليمي المتوسط الذين يؤمنون بالطب الشعبي أي نسبة 57.14 % مقابل نسبة 42.86 % من نفس المستوى التعليمي لا يؤمنون بالطب الشعبي.

لتأتي فئة الثانويين التي تؤمن بالطب الشعبي بنسبة 44.74 % مقابل نسبة 55.26 % من الثانويين لا يؤمنون بالطب الشعبي.

وآخر نسبة نسجلها عند الجامعيين الذين يؤمنون بالطب الشعبي بنسبة 42.86 % مقابل نسبة 57.14% من الجامعيين الذين لا يؤمنون بالطب الشعبي.

بإعتبار أن الفرد إنسان يعيش في بيئة إجتماعية لها عاداتا وتقاليدها. ولهذا فإن الثقافة الشعبية ترسخ عند الأميين المؤمنين بالإعتقادات الشعبية، حيث أبرزت نتائج بحثنا أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمريض والإيمان بفعالية الطب الشعبي، وهذا راجع إلى الخلفية الثقافية، وإلى الأمية والجهل اللذان يشجعان الأفراد على التمسك بالإعتقادات حتى ولو كانت خاطئة.

إن المريض يتجه إلى الطبيب لمعالجة مرضه ومتابعة العلاج خلال دورات علاجية معينة، وهو حامل معه أفكار ومعتقدات تناقض العلاج الرسمي المتعارف عليه، أي العلاج الطبي الحديث. ففي هذه الحالة بالرغم من الدور الذي يقوم به الطبيب، إلا أن إعتقاد المريض بفعالية ونجاعة الطب الشعبي التقليدي يعتبر معوق من معوقات إنجاز الهدف بالنسبة للطبيب. وقد يكون للمستوى التعليمي دورا بارزا في الإيمان بالثقافة الشعبية التقليدية. ونتيجة لذلك، تنخفض درجة الثقافة الصحية المبنية على أسس وقواعد منطقية يتقبلها العقل البشري والمخيال. فالتنشئة الإجتماعية للمريض خاصة الأمي تشجعه على التمسك بالعادات، المعتقدات الشعبية التي غالبا ما يعتبرها قوانين وضوابط إجتماعية لا يمكن مخالفتها. وإذا خالفها فإن سلوكه هذا يصبح منحرفا في إعتقاده. وفي هذا الصدد فإن البيئة الريفية تنقل هذه المعتقدات إلى أفرادها، أي تنشئتهم تنشئة إجتماعية ثقافية، وذلك عن طريق نقل تعاليمها إلى أفرادها.* ولهذا يمكن القول أن هناك تضارب بين الثقافة الشعبية التقليدية المرتبطة بالصحة والثقافة الصحية المبنية على أسس وقواعد طبية يلقنها مختصين في التثقيف الصحي إلى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة. وفي هذا الحال، فإن الطبيب يجد نفسه

* إنتشار ظاهرة المعالجة بالطب الشعبي في المجتمع الجزائري، وهذا راجع إلى إنتاج ثقافة شعبية تقليدية، حيث حقق هذا الطب نتائج إيجابية في معالجة الأمراض وخاصة المستعصية. إلى جانب ذلك، فإن الإشهارات في وسائل الإعلام كالتلفاز البرابول وتصريحات بعض المرضى ساعدت وشجعت على الإيمان بفعالية الطب الشعبي. إذ كشفت لنا دراستنا أن أصحاب الريف يؤمنون أكثر بفعالية هذه الأعشاب، وهذا راجع إلى بيئتهم الجغرافية. فنظرا إلى بعد المؤسسات الصحية عن مقر سكناهم، فقد يلجئون إلى هذا العلاج وفي بعض الحالات يغرسون هذه الأعشاب الطبية في مزارعهم ويستعلمونا عند الحاجة. إذ يصرح مريض "ماعندهمش برا السبيطار والأزمة المالية تلعب دور كبير، هكذا نصيبوهم يستعملوا لعشاب".

أمام تحدي كبير لتخطي هذا التضارب بين الثقافتين، وهذا يؤدي إلى خلل في العلاقة الإجتماعية بين الطبيب والمريض. ونتيجة لذلك، تسود توترات وتناقضات في هذه العلاقة.*

جدول رقم (45): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالموافقة على المثل القائل إسأل الرب و لا تسأل الطبيب

الموافقة على المثل / المستوى التعليمي	موافق	غير موافق	محايد	الموع
أمي	72 % 52.14	42 % 30	25 % 17.86	140 % 100
إبتدائي	46 % 56.25	27 % 33.75	08 % 10	80 % 100
متوسط	14 % 50	10 % 35.71	04 % 14.28	28 % 100
ثانوي	26 % 68.42	07 % 18.42	05 % 13.16	38 % 100
جامعي	04 % 28.57	09 % 64.29	01 % 7.14	14 % 100
الموع	162 % 54	95 % 31.67	43 % 14.33	300 % 100

إن الأمثال الشعبية التي غالبا ما تقف كحاجز أمام تحقيق الصحة كالمثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" تفرز لنا رصيدا جد هام لتفسير الثقافة الصحية ومدى التمسك ببعض المعتقدات والأفكار التي لا تخدم صحة الفرد.

وعليه حاولنا من خلال الجدول رقم (45) إبراز أهمية المستوى التعليمي وتأثيره على رأي المرضى في الموافقة على المثل السابق الذكر، حيث أن أغلبيتهم الساحقة تؤيد هذا المثل بنسبة تقدر بـ 54 % مقارنة بنسبة 31.67 % لا تؤيد هذا المثل ونسبة 14.33 % محايدة لهذا المثل.

وبما أن الإتجاه العام للجدول يتمثل في المبحوثين الموافقين على المثل السابق، فإن هذه النسبة مؤيدة من طرف الثانويين بنسبة 68.42% مقابل نسبة 18.42 % غير موافقين على المثل ونسبة 13.16 % محايدين.

أما المبحوثين الذين مستواهم المستوى التعليمي إبتدائي، فنجد نسبة 56.25 % يوافقون على المثل ونسبة 33.75 % لا يوافقون على المثل و نسبة 10 % محايدين.

أما الأميين، فمثلوا نسبة 52.14 % موافقين على المثل، نسبة 30 % غير موافقين ونسبة 17.86% محايدين.

إن فئة المستوى التعليمي المتوسط نسبتهم قدرت بـ 50 % موافقين على المثل مقابل نسبة 35.71 % غير موافقين و نسبة 14.28 % محايدين.

* لمزيد من المعلومات راجع الفصل الثاني عنصر العلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض.

أما ذوي المستوى التعليمي الجامعي فقدرت نسبة الموافقة على المثل بـ 28.57 % مقابل نسبة 64.29% غير موافقين على المثل ونسبة 7.14 % محايدين من مجموع الجامعيين.

ما يمكن إستنباطه من التحليل الإحصائي السابق، هو أن المريض إنسان ينتمي إلى مجتمع يؤمن بعاداته وتقاليده. وبالتالي فمهما تعلم الإنسان، إلا أنه يبقى متمسك ولو بقليل من تراثه. وذلك من خلال القول التالي لمريض "لي قالوه ناس بكري صحيح".

وعليه فإن نتائج دراستنا هذه، أثبتت أن المستوى التعليمي لا يؤثر بشكل كبير على موافقة المرضى على المثل القائل "إسأل الدرب ولا تسأل الطبيب"، وهذا راجع إلى تمسكهم بالتجريب وإلى خلفيتهم الثقافية حول الأمور الصحية. فالدرب لقد جرب المرض وأحس به، بينما الطبيب يبني تشخيصه أو علاجه إستنادا على ما قدمه له المريض من أعراض مرضية. وأيضا من تنشئته الطبية وخبراته التعليمية والمهنية. وفي هذا الصدد فإن بعض المرضى يرون بأن الدرب يعرف أحسن من الطبيب، لأنه جرب المرض، أعراضه وعلاجه. وهذا حسب تصريحات المرضى كهذا القول: "المريض حس بالمرض أعرف الوجع وجرب نفعاته حوايج والطبيب ما جربش ما يعرفش الوجع ما حسش بالمرض". والأخذ بذا القول، يدل على أن الطبيب ليس له دور، دوره فقط هو تشخيص المرض بناءا على تعليمه الطبي، حيث أن هذا الأخير له فعالية في تنشئة الأطباء تنشئة إجتماعية، يكسبون من خلالها قدرا كافيا من الدوافع التي تعمل على المساهمة في مساعدتم لإنجاز دورهم المنتظر، والذي حدده لهم المتمع. وأيضا المحافظة على التفاعل الإجتماعي الذي يحدث بين الطبيب والمريض. وفي هذا المنوال "لقد إستطاع التعليم الطبي تحقيق هذا الهدف وذلك من خلال الإهتمام بتطوره وتعاون القائمين بالتعليم الطبي مع المهارات المختلفة في العلوم الإنسانية الأخرى كعلم الإجتماع لزيادة معرفة الطبيب بالمريض من الناحيتين الفسيولوجية والإجتماعية".[1] فإذا كان الطبيب من خلال تعليمه وتنشئته الإجتماعية يسعى إلى التعامل مع المريض بطريقة يفرضها عليه دوره، فإن ثقافة المريض وتمسكه بالتجريب نسبة لأفراد آخرين غير الطبيب، يؤدي ذلك حتما إلى إحداث خلل وعدم الضبط في النسق الطبي. فقلة الثقافة الصحية المرتبطة بإنخفاض المستوى التعليمي للمريض تؤدي إلى عدم التكيف في هذا النسق.

(1) نفس المرجع، ص 447.

جدول رقم (46): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بمعرفة وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن.

معرفة وصفات شعبية / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	92 % 65.71	48 % 34.29	140 % 100
إبتدائي	45 % 56.25	35 % 43.75	80 % 100
متوسط	19 % 67.86	09 % 32.14	28 % 100
ثانوي	16 % 42.11	22 % 57.89	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	08 % 57.14	14 % 100
الموع	178 % 59.33	122 % 40.67	300 % 100

إن نتائج الدراسة الميدانية كشفت لنا حقيقة جد مهمة من ناحية التراث الشعبي المتمثل في معرفة الوصفات الشعبية التي يعتمد عليها العامة من المرضى لعلاج مرضهم المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث تبرز لنا معطيات الجدول أن نسبة كبيرة من المرضى لديهم معرفة حول علاج المرض بالوصفات الشعبية، وذلك بنسبة تقدر بـ 59.33 % مقابل نسبة 40.67 % لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب.

وللتأكد من مدى تأثير المستوى التعليمي على معرفة المرضى للوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن، فإن معطيات الجدول أظهرت لنا بأن فئة المستويات التعليمية المنخفضة هي الأكثر معرفة بذه الوصفات، حيث سجلت أكبر نسبة عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 67.86 % من المبحوثين يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 32.14 % من أفراد العينة لا يعرفون وصفات شعبية.

أما فئة المرضى الأميين، فمثلت نسبة 65.71 % من المرضى يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 34.29 % من المبحوثين لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن.

لتأتي نسبة 56.25 % من فئة المستوى التعليمي الإبتدائي يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 43.75% من المبحوثين لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج داء السكري، ضغط الدم والقلب.

ونسجل عند شريحة الجامعيين نسبة 42.86 % من المبحوثين لديهم رصيد معرفي حول الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن مقابل نسبة 57.14 % من المرضى لا يملكون رصيد معرفي حول الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن سواء كان داء السكري، ضغط الدم أو القلب.

وآخر النسب نسجلها عند الثانويين الذين مثلوا نسبة 42.11 % من المرضى يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 57.89 % من الثانويين لا يعرفون وصفات شعبية.

إستنادا على القراءة الإحصائية للجدول السابق، نلاحظ بأن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثين ومعرفتهم للوصفات الشعبية الأكثر تداولا بينهم، حيث أن المرضى الأقل تعليما هم أكثر معرفة بذه الوصفات مقارنة بأفراد العينة من ذوي المستوى التعليمي المرتفع. ويمكن تفسير هذا الفرق في النسب من خلال البيئة الإجتماعية التي نشأ فيها الفرد المريض والتي أثرت على أفكاره ومخياله الإجتماعي. فالأغلبية العظمى من المبحوثين الأميين مسنين، وهذا يدل على أنهم تربوا في بيئة متشبعة بالعادات، التقاليد والتراث الطبي، والذي أثر على ممارساتهم وسلوكاتهم الصحية. ونتيجة لذلك، فهم متمسكين بكل ما هو قديم مرتبط بالطب التقليدي، ويتضح ذلك من خلال المثل الشعبي العربي "الجديد أخدم بيه والقديم ما تفرطش فيه". هكذا المرضى الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة متمسكين بالطب الحديث من خلال المواعيد الطبية هذا من جهة. ومن جهة أخرى متمسكين بالطب الشعبي القديم، خاصة إذا تعلق الأمر بالطب النبوي. وهذا ما لمسناه من تصريحات بعض المرضى التي تثبت تمسكهم بذا الطب، فتقول مريضة "ناس بكري باش كانوا يداوا" وتضيف مريضة أخرى "دوا العرب ينفع ولا ما نفعكش ما يضركش، ماشي كيما دوا الطبيب يدير كل مرض" وأخيرا تختمها مريضة فتقول "الطب النبوي مليح".

إن إنتشار الأمراض المزمنة بشكل سريع جدا في المجتمع الجزائري شجّع على تفشي ظاهرة بيع الأعشاب الطبية وإقبال العديد من المرضى لمعالجة مرضهم بذا الطب غير الرسمي، مما أعاق من فعالية الطب الحديث وخلق مشكل عدم التكيف في النسق الطبي. وهذا أدى إلى التنافس بين الطب الحديث والطب التقليدي بسبب غياب الثقافة الصحية لدى الفرد الجزائري، الذي غالبا ما يلجأ إلى الطب الحديث متأخرا نتيجة يأسه من الشفاء. وهذا بعد ممارسته للطب التقليدي لعله يجد الشفاء على يد مختصين وغير مختصين في الطب الشعبي. فهذه الظاهرة إستغلت من طرف العديد من أفراد المجتمع لكسب أكبر ربح مالي وجعل المريض يثق فيهم. وهو فريسة أولى لرفاهية هؤلاء المحترفين في هذا المجال.

إضافة على ما سبق ذكره، فإن الإختلاف في الرأي بين الطبيب والمريض خاصة الإختلاف الثقافي، قد يؤثر على العلاقة بين الطرفين، حيث أن الطبيب له ثقافة معينة، مبنية على تعاليم ومستمدة من خبراته الطبية، بينما المريض له ثقافة شعبية صحية مستمدة من تنشئته الصحية ومن البيئة التي يعيش فيها. فهذا الإختلاف في الثقافات قد يؤدي حتما إلى توترات وتناقضات في العلاقة بين الطبيب و المريض.

إن إستخدامنا لمعامل الإرتباط وهو إختبار كا^2، تبين أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي ومعرفة وصفات شعبية تقليدية ، حيث قدر هذا المعامل بـ 9.58 وكا^2 الجدولية بـ 9.48 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 4.

المطلب الثالث: رغبة المريض في الإمتثال للشفاء الطبيعي وعلاقتها بالمستوى التعليمي:

إن تقبل الفرد لمرضه يعتبر من أهم المؤشرات لتجاوز محنة المرض، ولهذا تمثل العزيمة والإرادة إحدى الإلتزامات التي تطرق إليها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في تحديده لدور المريض*، حيث أن رغبته في المحافظة على صحته الطبيعية هي أول واجب من واجباته. فنجد أن "إعفاء المريض من مسؤوليات دوره الطبيعي وشرعية إعتماده على الآخرين تجعلنا لا نتوقع منه أن يستخدم إرادته في أن يصبح سليم ولكنه يصبح المسؤول عن حالته إذا لم يكن لديه الدافع في أن يصبح سليم وليخرج من مرحلة المرض". (1) وفي هذا الصدد حاولنا التعرف عن مدى وجود رغبة لدى المريض في التمتع بالصحة المثالية، وذلك من خلال الجداول الإحصائية التالية:

جدول رقم (47): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والقرار الطبي المتبع.

القرار الطبي / المستوى التعليمي	إتباع إرشادات الطبيب	إتباع العلاج الطبيعي	إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي معا	الموع
أمي	71 % 50.71	07 % 5	62 % 44.29	140 % 100
إبتدائي	51 % 63.75	03 % 3.75	26 % 32.50	80 % 100
متوسط	19 % 67.86	01 % 3.57	08 % 28.57	28 % 100
ثانوي	31 % 81.58	01 % 2.63	06 % 15.79	38 % 100
جامعي	09 % 64.29	01 % 7.14	04 % 28.57	14 % 100
الموع	181 % 60.33	13 % 4.33	106 % 35.34	300 % 100

إنطلاقا من الأرقام الموضحة في الجدول رقم (47) نلاحظ أن الإتجاه العام تمثل في المبحوثين الذين إنصب قرارهم الطبي حول إتباع إرشادات الطبيب ونصائحه بنسبة تقدر ب 60.33 % من الموع الكلي مقارنة بنسبة 4.33 % قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونسبة 35.34 % قرارهم الطبي إتباع نصائح الطبيب والعلاج الطبيعي في نفس الوقت.

وعند إدراج المستوى التعليمي ومدى تأثيره على القرار الطبي، تبين لنا من خلال بيانات هذا الجدول أن أكبر نسبة سجلناها عند الثانويين الذين كان قرارهم الطبي إتباع تعليمات الطبيب فقط أي نسبة

(1) نفس المرجع، ص 189.

* أنظر إلى الفصل الثالث الخاص بالعلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى عنصر إسهام تالكوت بارسونز في دراسة العلاقة طبيب- مريض.

81.58% من مجموع الثانويين مقابل نسبة 2.63 % قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي و نسبة 15.79 % قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونصائح الطبيب معا.

بينما نلتمس في المرتبة الثانية، نسبة المرضى ذوي المستوى التعليمي المتوسط الذين صرحوا بإتباع تعليمات وإرشادات الطبيب بنسبة 67.86 % من مجموع المرضى ذوي المستوى التعليمي المتوسط مقابل نسبة ضئيلة جدا من المرضى من نفس المستوى التعليمي الذين قرارهم الطبي إنصب حول إتباع العلاج الطبيعي، حيث قدرت النسبة بـ 3.57 % ونسبة أخرى مرتفعة بالنسبة لمرضى من نفس المستوى التعليمي الذين كان قرارهم الطبي إتباع نصائح الطبيب والعلاج الطبيعي معا والتي قدرت بـ 28.57 % من مجموع المبحوثين الذين مستواهم التعليمي متوسط.

أما بالنسبة للمرتبة الثالثة، فنجد فئة الجامعيين الذين عرفوا نسبة 64.29 % كان قرارهم الطبي إتباع تعليمات الطبيب مقابل نسبة لا بأس بها من الجامعيين الذين إنصب قرارهم الطبي حول إتباع تعليمات الطبيب والعلاج الطبيعي معا، والتي تمثل نسبة 28.57 %. لنسجل نسبة ضعيفة عند شريحة الجامعيين الذين كان قرارهم الطبي المتخذ إتباع العلاج الطبيعي فقط أي نسبة 7.14 % من مجموع الجامعيين.

والمرتبة الرابعة نسجلها عند المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي الذين كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب بنسبة تقدر ب 63.75 % من مجموع المرضى من نفس فئة المستوى التعليمي مقابل نسبة ضعيفة عند المرضى من نفس المستوى التعليمي الذين كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي بنسبة 3.75% ونسبة مرتفعة لدى المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي الذين كان قرارهم الطبي إتباع نصائح الطبيب والعلاج الطبيعي معا، حيث قدرت هذه النسبة بـ 32.50 %.

وآخر نسبة نجدها عند المرضى الأميين الذين كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب، وذلك بنسبة تقدر بـ 50.71 % مقابل نسبة ضعيفة جدا من المرضى الأميين الذين كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي أي نسبة 5 % مقابل نسبة مرتفعة نوعا ما عند المرضى الأميين الذين كان قرارهم الطبي إتباع القرارين معا، والتي قدرت بنسبة 44.29 % من مجموع الأميين.

لقد إتضح جليا من خلال القراءة الإحصائية السابقة للجدول، أنه توجد علاقة ولو نسبية بين المستوى التعليمي والقرار الطبي المتبع، حيث أن المرضى المتعلمين أكثر تتبعا لنصائح الطبيب مقارنة بذوي المستويات التعليمية المنخفضة الأقل تتبعا للإرشادات الطبية، وهذا مرتبط بالدرجة الأولى بثقافة المريض. فالمرضى الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة يفتقدون إلى المعرفة والوعي الصحي وهم يخالفون نصائح الطبيب، مما يؤثر ذلك بالسلب على صحتهم. لذا فإن قرارهم يكون أكثر تمسكا بالجمع بين إتباع نصائح الطبيب والعلاج الطبيعي. فهؤلاء المرضى متمسكين بالعلاج الطبيعي والعلاج الرسمي، يعني أنهم يصرون بأن العلاج الطبيعي إذا لم ينفع لا يضر، والعلاج الحديث لا بد من متابعته عند الضرورة، مهم جدا في الحالات المستعصية. وهذه اللامبالاة في الخلط بين النموذجين تؤدي إلى أضرار جسمية لدى الفرد والتي

هي في الحقيقة راجعة إلى النقص في الثقافة الصحية. ونتيجة لهذا التصرف غير الصحي، قد يجد الطبيب صعوبة في أدائه المهني، حيث يعتبر هذا العامل عائقا من العوائق الوظيفية لثبات النسق الطبي وإستقراره في الجزائر. فإتباع المريض الأمي للعلاج الطبي الحديث والأخذ بعين الإعتبار العلاج الطبي الطبيعي في آن واحد راجع إلى عدة أسباب أهمها، أن المستوى التعليمي المنخفض يقلل من درجة إكتساب المعلومات الطبية التي يمكن ترجمتها في نظام الحياة إلى أنماط سلوكية مستحبة، وهذا ما يقودنا إلى التكلم عن الثقافة الصحية وتأثرها بالمستوى التعليمي للمريض. أما السبب الثاني هو كره المرضى للنسق الطبي وأهم الفاعلين الإجتماعيين فيه بسبب المشاكل والبيروقراطية. وأيضا كرهم للروتين اليومي وللدواء الكيميائي لما ينتجه من أضرار جسمية، حيث تؤكد هذا القول مريضة من خلال تصريحها "أنا كرهت الطّبة و دوا الطبيب". وتضيف مريضة أخرى "دوا العشب خرمن دوا الطبيب لي يعرف يخدمه مليح". ونتم تصريحات المرضى من خلال هذا القول: "الدوا غالي والصعوبات لي نتلقاوها في السبيطارات المعرفة". فالإنسان في بعض الحالات نجده في بداية مرضه تكون له الإرادة والعزيمة لتتبع إرشادات الطبيب والرغبة في أن يصبح في حالة طبيعية، ولكن مع مرور الوقت يرى بأنه يضحك على نفسه وتطول مدة العلاج والمرض، فذلك الروتين اليومي يقلل من معنوياته خاصة إذا كان مستواه التعليمي منخفض وظروفه الإجتماعية لا تسمح له بتنفيذ كل التعليمات الطبية.

إتباعا للجدول السابق، فإن الجدول رقم (48)، يوضح لنا علاقة المستوى التعليمي برد فعل المريض أثناء تقديم له النصح والإرشاد من طرف الطبيب. فهذا الجدول يوضح لنا عملية الإتصال في النسق الطبي.

جدول رقم (48): يبين توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي ورد الفعل أثناء تقديم النصح والإرشاد من طرف الطبيب.

رد الفعل / المستوى التعليمي	الإستيعاب والتفهم	عدم الإستيعاب	التظاهر بالفهم	حسب شخصية الطبيب (ة)	الفهم وعدم التطبيق	الموع
أمي	70 % 50	11 % 7.87	56 % 40	01 % 0.71	02 % 1.42	140 % 100
إبتدائي	61 % 76.25	05 % 6.25	13 % 16.25	- -	01 % 1.25	80 % 100
متوسط	23 % 82.14	02 % 7.15	03 % 10.71	- -	- -	28 % 100
ثانوي	36 % 94.74	01 % 2.63	- -	- -	01 % 2.63	38 % 100
جامعي	14 % 100	- -	- -	- -	- -	14 % 100
الموع	204 % 68	19 % 6.34	72 % 24	01 % 0.33	04 % 1.33	300 % 100

ما يمكن إستنباطه من بيانات الجدول رقم (48)، الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي ورد فعل المريض أثناء تقديم له النصح والإرشاد هو أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كلما إرتفعت نسبة إستيعاب وتفهم المعلومات الصحية، حيث نسجل أكبر نسبة عند المبحوثين الذين يستوعبون ويتفهمون النصائح الطبية بنسبة تقدر بـ 68 % من المجموع الكلي مقارنة بنسبة 6.34% لا يستوعبون النصائح الطبية لأنا غريبة عنهم، نسبة 24 % من المبحوثين التظاهر بالفهم أمام الطبيب وعند الخروج نسيان كل شيء، نسبة 1.33 % يفهمون جيدا ولا يستطيعون التطبيق، نسبة 0.33 % من المرضى يكون رد فعلهم مختلف ويتوقف على شخصية الطبيب (ة).

وفي هذا الصدد المرضى الأكثر إستيعابا وتفهما لنصائح الطبيب أثناء تقديمها لهم هي فئة المرضى الجامعيين بنسبة تقدر 100 % مقابل نسب منعدمة في الإجابات الأخرى.

أما إذا إتجهنا إلى المرتبة الثانية من فئة المرضى الذين يفهمون ويستوعبون نصائح الطبيب هي فئة الثانويين بنسبة مرتفعة 94.74 % مقابل نسب ضعيفة أي 2.63 % في كل من عدم إستيعاب النصائح الطبية لأنا غريبة و أيضا يوجد الفهم ولكن غير ممكن التطبيق. لتنعدم النسبة في الأصناف الأخرى.

وكلما إنخفض المستوى التعليمي إنخفضت نسبة إستيعاب التعليمات الطبية، حيث نلاحظ في الجدول أن ذوي المستوى التعليمي المتوسط المتفهمين والمستوعبين للنصائح الطبية أثناء تقديمها لهم من طرف الطبيب تقدر بـ 82.14 % مقابل نسبة 10.71 % من المرضى في صنف التظاهر بالفهم أمام الطبيب وعند الخروج نسيان كل شيء ونسبة 7.15 % من المبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط لا يستوعبون المعلومات الصحية بإعتبارها غريبة.

وإذا ألقينا نظرة على المبحوثين من المستوى التعليمي الإبتدائي المستوعبين والمتفهمين للنصائح الطبية أثناء تقديمها لهم من طرف الطبيب نسجل نسبة 76.25 % مقابل نسبة 16.25% في صنف التظاهر بالفهم ونسبة 6.25 % في صنف عدم الإستيعاب وأخيرا نسبة ضعيفة عند المرضى الذين يفهمون النصائح ولكن لا يقدرون على التطبيق، وذلك بنسبة 1.25 % من المبحوثين الإبتدائيين.

وآخر مرتبة تبرزها لنا نتائج ومعطيات الجدول هي أن الأميين المستوعبين لنصائح الطبيب أثناء تقديمها لهم قدرت نسبتهم بـ 50 % من مجموع الأميين مقابل نسبة 40% في صنف التظاهر بالفهم. لتتوزع النسب الأخرى في كل من عدم إستيعاب النصائح لأنا غريبة بنسبة 7.87 %، نسبة 1.42% في صنف يوجد الفهم وعدم القدرة على التطبيق وأخيرا نسبة ضعيفة جدا تقدر بـ 0.71 % من الأميين إستيعابم للمعلومات يوقف على شخصية الطبيب (ة).

لقد أثبتت نتائج البحث أنه توجد علاقة بين درجة إستيعاب وتفهم النصائح الطبية أثناء تقديمها والمستوى التعليمي للمريض، إذ أن الطبيب يقدم معلومات صحية لمريضه ويقوم بدوره في مجال التثقيف الصحي. وعليه فإن الفهم والإستيعاب هام جدا وفعال في تحقيق نتائج علاجية جيدة، وقد يؤدي هذا

بالفعل إلى زيادة الثقافة الصحية لدى المصاب. فإذا غاب الوعي الصحي، فإن المريض يكون غير قادر على توضيح حالته الصحية وأهم الأعراض التي تنتابه، نتيجة قلة معرفته بالجسم أو الإدلاء بمعلومات خاطئة خاصة إذا كان مستواه التعليمي منخفض. وفي هذه الحالة يظهر التوتر بين الطبيب المعالج والمريض وتصبح العلاقة بينهما مستحيلة. مما يؤدي ذلك إلى عدم تعاون المصاب مع طبيبه في الحدود التي يرسمها هذا الأخير إنطلاقا من سلطته ونفوذه المهني. بينما الأمر يختلف مع المرضى المتعلمين الذين يستوعبون ويفهمون الإرشادات الطبية. فهذه الفئة من المرضى بفضل توفر الثقافة الصحية والوعي الصحي يفرقون بين المعلومات الخاطئة والصحيحة، وهذا يقودهم إلى محاولة معرفة الأعراض المرضية وتتبع أسلوب العلاج الصحيح لأنهم إستوعبوا جيدا ما قيل لهم أثناء الإستشارة الطبية. وفي هذا الحال قد يستوعب بعض المرضى ما يقال لهم إلا أنهم غير قادرين على تنفيذ هذه النصائح، وبالتالي يهملون ذلك. كقول هذه المريضة: "نستوعب واش تقولي الطبيبة بصح ما نطبقش مانيش قادرة".

جدول رقم (49): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وما مدى الإتصاف بالتفتح، كثرة الإستفسار والمناقشة.

الإتصاف بالتفتح / المستوى التعليمي	نعم	لا	أحيانا	الموع
أمي	49 % 35	88 % 62.86	03 % 2.14	140 % 100
إبتدائي	53 % 66.25	23 % 28.75	04 % 5	80 % 100
متوسط	25 % 89.29	03 % 10.71	- -	28 % 100
ثانوي	36 % 94.74	02 % 5.26	- -	38 % 100
جامعي	14 % 100	- -	- -	14 % 100
الموع	177 % 59	116 % 38.67	07 % 2.33	300 % 100

جدول (50): يمثل توزيع المبحوثين الذين يتصفون بالتفتح حسب الأسباب.

أسباب الإتصاف بالتفتح	التكرار	النسبة %
كسب معرفة صحية	122	71.76
الراحة النفسية والإطمئنان الإرتياح للطبيب والثقة	21	12.35
لتجنب الوقوع في الخطأ	06	3.53
للحفاظ على الصحة	04	2.35
الطبيبة ممتازة تفتح الحوار	06	3.53
جنس الطبيب	11	6.48
المجموع	170	100

نستشف من خلال قراءة الجدول أن الإتصاف بالتفتح وكثرة الإستفسار هي سمة من سمات كسب الثقة بين الطبيب والمريض وإرتياح هذا الأخير، الذي هو دائما يسعى إلى حل مشاكله مهما كان نوعها والطبيب هو الوسيلة التي يحاول من خلالها إحداث الضبط. وإنطلاقا من ذلك، نجد نسبة كبيرة من المرضى يتصفون بالتفتح، الإستفسار ومناقشة الأمور الطبية مع أطبائهم، وذلك بنسبة تقدر بـ 59 % من مجموع المرضى مقابل نسبة 38.67 % من المرضى لا يتصفون بالتفتح والإستفسار، وهي نسبة مرتفعة لأن أغلبية المرضى مدة العلاقة المقامة بينهم وبين أطبائهم هي فترة كافية وكبيرة لنزع الحواجز بينهما وتبادل الثقة. في حين نسجل نسبة 2.33 % خاصة بالمبحوثين الذين يتصفون أحيانا بالتفتح وكثرة الإستفسار.

وبإدخالنا للمتغير المستقل الذي هو المستوى التعليمي، إتضح لنا جليا من الجدول أن لهذا المتغير تأثير على إتصاف المرضى بالتفتح، كثرة الإستفسار والمناقشة حول الأمور الصحية، حيث أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما إرتفعت درجة الإتصاف بالتفتح والمناقشة أثناء الإستشارة الطبية والعكس صحيح. وفي هذا الصدد سجلنا في المرتبة الأولى نسبة مرتفعة 100 % من الجامعيين يتصفون بالتفتح وكثرة الإستفسار مع أطبائهم.

أما بالنسبة للثانويين، فنجد نسبة 94.74 % من الثانويين يتصفون بالتفتح مقابل نسبة 5.26 % من نفس المستوى التعليمي لا يتصفون بالتفتح.

ومع إنخفاض المستوى التعليمي تنخفض نسبة المرضى المتصفين بالتفتح، إذ مجد فئة ذوي المستوى التعليمي المتوسط من بينهم نسبة 89.29 % متصفون بالتفتح مقابل نسبة 10.71 % من المرضى غير متصفين بالتفتح. وأخير نسجل نسبة منعدمة في صنف أحيانا.

أما بالنسبة لشريحة المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، فنسجل نسبة 66.25 % منهم يتصفون بالتفتح مقابل نسبة 28.75 % لا يتصفون بالتفتح ونسبة 5 % أحيانا يتصفون بالتفتح وأحيانا لا.

وتدني المستوى التعليمي أي الأمي يقابله تدني في نسبة المرضى المتصفين بالتفتح، وذلك بنسبة 35 % مقابل نسبة62.86 % من هذه الفئة لا يتصف بالتفتح وكثرة الإستفسار، وهذا راجع إلى عدم وجود خلفية ثقافية حول المرض وكيفية التعبير عن الأعراض المرضية. في حين نجد نسبة 2.14 % في صنف "أحيانا".

ولمعرفة أسباب الإتصاف بالتفتح وكثرة الإستفسار صممنا الجدول رقم (50) والذي أوضح أن أغلبية المرضى صرّحت بأن أسباب التفتح هي كسب معرفة صحية، وذلك بنسبة 71.86 % مقارنة بالمرضى الذين أجابوا بصنف الراحة النفسية، الإطمئنان، الإرتياح للطبيب والثقة بنسبة 12.35 %، نسبة 6.48% في صنف حسب جنس الطبيب (ة)، نسبة ضعيفة لكل من تجنب الوقوع في الخطأ بنسبة 3.53 %، طبيبة ممتازة تفتح الحوار بنسبة 3.53 % وأضعف نسبة هي نسبة 2.35 % في صنف الحفاظ على الصحة.

نستنتج من خلال القراءة السابقة للجدول، أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي ومدى الإتصاف بالتفتح أثناء الإستشارة الطبية، حيث أن المرضى الأكثر تعليما هم الأكثر تبادلا للحديث والحوار مع الطبيب مقارنة بالمرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض، وهذا يعود أساسا إلى توفر معرفة، ثقافة صحية وخلفية ثقافية حول المرض وماهيته عند الفئة المتعلمة. فالمستوى التعليمي المرتفع وما يتضمنه من ثقافة وحتى ولو كانت محدودة يسمح لصاحبه بإثراء النقاش مع الطبيب، مما ينتج عن ذلك تفاعل إيجابي بينهما، وهذا ما أكدته لنا تصريحات الأطباء، إذ ترى طبيبة مختصة في الطب الداخلي "بأن المستوى التعليمي للمريض المرتفع يساعد على عملية الإتصال وأيضا إستقبال الرسالة بشكل جيد". إذا فالعلاقة طبيب-مريض في هذه الحالة هي علاقة إيجابية مبنية على التعاون، فهي علاقة المشاركة المتبادلة، حيث أن الطبيب يقوم بإرشاد المريض ويكون في إتصال مستمر معه. وعلى المريض معالجة نفسه بنفسه من خلال نصائح الطبيب، ويكون التعاون بينهما تعاون محدد للوصول إلى هدف معين وهو رفاهية المريض صحيا. فمسؤولية الطبيب في هذه الحالة هي مساعدة المريض من خلال مساعدة هذا الأخير لنفسه بفضل الإرادة والعزيمة. ونتيجة لذلك، فإن هذا النوع من العلاقة يكون خالي من التوتر والتناقض، وهذا راجع إلى عدم وجود إختلاف ثقافي كبير في الرأي بينهما. فهذا النمط من التفاعل الإجتماعي يشبه العلاقة بين الشباب فيما بينهم، حيث أن الشاب الذي لديه معرفة في أمور الحياة يقدمها إلى الشباب الآخرين الذين ليست لديهم معرفة. والذين يحتاجون إلى معرفة ليستمروا في الحياة، وهذا يشبه المريض الذي يحتاج إلى معرفة الطبيب لمواجهة مرضه وتسيره بأحسن طريقة.

المطلب الرابع: قدرة المريض على تغيير نمط حياته وعلاقتها بالمستوى التعليمي:

تعتبر قدرة المريض على تغيير نمط حياته مؤشر من مؤشرات الثقافة الصحية، حيث أن الإرادة والعزيمة وحدها لا تكفي للبحث عن شفاء للحالة المرضية، بل لا بد من توفر القدرة على التغيير التي تلعب دورا هاما في حياة المريض المصاب بمرض مزمن، كداء السكري، ضغط الدم والقلب.

وفي هذا الصدد، تمثل رغبة المريض في البحث عن شفاء لحالته إحدى الواجبات المفروضة عليه، كما هي محددة في دوره الإجتماعي. فالطبيب ينشر التربية الصحية وعلى المصاب ترجمة هذه الحقائق إلى سلوكات صحية مستحبة في نظام حياته، والتي تتوقف على مستواه التعليمي، لأن الأمي غالبا ما تواجهه صعوبات في إكتساب المعرفة الصحية مما يؤثر ذلك على وعيه الصحي. وعليه نحاول من خلال الجداول الإحصائية القادمة قياس هذا المؤشر ومدى فعاليته.

جدول رقم (51): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بتنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	41 % 29.29	99 % 70.71	140 % 100
إبتدائي	30 % 37.50	50 % 62.50	80 % 100
متوسط	10 % 35.71	18 % 64.29	28 % 100
ثانوي	23 % 60.53	15 % 39.47	38 % 100
جامعي	11 % 78.57	03 % 21.43	14 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (52): يوضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بإتخاذ الإحتياطات الوقائية اللازمة في نظام الحياة.

الإحتياطات / المستوى التعليمي		الربيحم		الدواء		النفسية الحالة		المرضية مراقبة الحالة		والمشي الحركة		تنظيم العمل		التدخين والشمة*		الموع
		نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	
أمي	ك	56	84	73	67	10	130	09	131	03	137	03	137	-	48	48
	%	% 100		% 54.14	% 47.86	% 7.14	% 92.86	% 6.43	% 93.57	% 2.14	% 97.86	% 2.14	% 97.86		% 100	% 100
إبتدائي	ك	32	48	46	34	09	71	05	75	-	80	04	76	01	30	31
	%	% 100		% 57.50	% 42.50	% 11.25	% 88.75	% 6.25	% 93.75		% 100	% 5	% 95	% 3.23	% 96.77	% 100
متوسط	ك	13	15	16	12	05	23	03	25	02	26	04	24	01	06	07
	%	% 100		% 57.14	% 42.86	% 17.86	% 82.14	% 10.71	% 89.29	% 7.14	% 92.86	% 14.29	% 85.71	% 14.29	% 85.71	% 100
ثانوي	ك	25	13	20	18	08	30	05	33	10	28	04	34	01	13	14
	%	% 100		% 52.63	% 47.37	% 21.05	% 78.95	% 13.16	% 86.84	% 26.32	% 73.68	% 10.53	% 89.47	% 2.63	% 97.37	% 100
جامعي	ك	09	05	08	06	02	12	02	09	03	11	02	12	03	04	07
	%	% 100		% 57.14	% 42.86	% 14.29	% 85.71	% 14.29	% 85.71	% 21.43	% 78.57	% 14.29	% 85.71	% 42.86	% 57.14	% 100
الموع	ك	117	183	163	137	34	266	27	273	18	282	17	283	06	101	107
	%	% 100		% 54.33	% 45.67	% 11.33	% 88.67	% 9	% 91	% 6	% 94	% 5.67	% 94.33	% 5.66	% 94.34	% 100
الموع	ك	56	84	73	67	10	130	09	131	03	137	03	137	-	48	48
	%	% 100		% 54.14	% 47.86	% 7.14	% 92.86	% 6.43	% 93.57	% 2.14	% 97.86	% 2.14	% 97.86		% 100	% 100
الموع	ك	32	48	46	34	09	71	05	75	-	80	04	76	01	30	31
	%	% 100		% 57.50	% 42.50	% 11.25	% 88.75	% 6.25	% 93.75		% 100	% 5	% 95	% 3.23	% 96.77	% 100
الموع	ك	13	15	16	12	05	23	03	25	02	26	04	24	01	06	07
	%	% 100		% 57.14	% 42.86	% 17.86	% 82.14	% 10.71	% 89.29	% 7.14	% 92.86	% 14.29	% 85.71	% 14.29	% 85.71	% 100
الموع	ك	25	13	20	18	08	30	05	33	10	28	04	34	01	13	14
	%	% 100		% 52.63	% 47.37	% 21.05	% 78.95	% 13.16	% 86.84	% 26.32	% 73.68	% 10.53	% 89.47	% 2.63	% 97.37	% 100
الموع	ك	09	05	08	06	02	12	02	09	03	11	02	12	03	04	07
	%	% 100		% 57.14	% 42.86	% 14.29	% 85.71	% 14.29	% 85.71	% 21.43	% 78.57	% 14.29	% 85.71	% 42.86	% 57.14	% 100
الموع	ك	117	183	163	137	34	266	27	273	18	282	17	283	06	101	107
	%	% 100		% 54.33	% 45.67	% 11.33	% 88.67	% 9	% 91	% 6	% 94	% 5.67	% 94.33	% 5.66	% 94.34	% 100

تبرز لنا معطيات الجدول، أن أغلبية المرضى لا ينفذون نصائح الطبيب، وذلك بنسبة تقدر بـ61.67% من مجموع المبحوثين مقارنة بنسبة 38.33 % من المستجوبين ينفذون نصائح الطبيب بإستمرار.

وبإدخالنا للمتغير المستقل الذي هو المستوى التعليمي، وجدنا أن أغلبية الأميين لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبـة 70.71 % مقارنة بالأميين الذين ينفذون تعليمـات الطبيـب والذيـن قدرت نسبتهم بـ 29.29% من مجموع الأميين.

لنجد في المرتبة الثانية المرضى الذين مستواهم التعليمي متوسط، حيث سجلنا نسبة 64.29 % من هذه الفئة غير منفذين لتعليمات الطبيب، مقارنة بنسبة 35.71 % من فئة ذوي المستوى التعليمي المتوسط المنفذين لتعليمات الطبيب.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين مستواهم التعليمي إبتدائي، فقد سجلنا من بينهم نسبة 62.50 % لا ينفذون تعليمات ونصائح الطبيب ونسبة 37.50 % ينفذون تعليمات الطبيب.

وإذا إتجهنا إلى فئة الثانويين، فإننا نسجل إنخفاض في النسبة عند شريحة المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب، وهذا بنسبة 39.47 % مقابل إرتفاع في عدد المصابين المنفذين لتعليمات الطبيب بنسبة 60.53 % من مجموع الثانويين.

وفي نفس السياق نجد الجامعيين أكثر تنفيذا لتعليمات الطبيب بإستمرار، حيث نسجل نسبة 21.43% جامعيين غير منفذين لتعليمات الطبيب مقارنة بنسبة تقدر بـ 78.57 % من الجامعيين المنفذين لتعليمات الطبيب.

ولإبراز مدى تتبع المرضى للإحتياطات الوقائية في نظام حياتم لتفادي الأخطار الصحية، إتضح لنا جليا من الجدول رقم (52) أن أغلبية المرضى لا يتخذون جميع الإحتياطات الوقائية، وهذه النسبة ترتفع خاصة عند المستويات التعليمية المنخفضة. فبالنسبة لإستعمال الريجيم بإنتظام نجد أن نسبة كبيرة من المرضى لا تتبع هذا الإحتياط، إذ نسجل نسبة 61% من مجموع المبحوثين لا يتبعون نظام غذائي معين. وترتفع هذه النسبة أكثر عند الأميين، إذ نسجل نسبة 60 % أميين لا يتبعون الريجيم مقابل نسبة 40% أميين يتبعون ريجيم معين. وما يلاحظ في هذا الصدد هو كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما إرتفعت نسبة المبحوثين الذين يتبعون النظام الغذائي.

وبالنسبة للإحتياط الثاني وهو الدواء، فمعظم المبحوثين يتناولون الدواء حسب تصريحاتم، حيث سجلنا نسبة 54.33% من المبحوثين يتناولون الدواء مقابل نسبة 45.67 % لا يتناولون الدواء. وكانت الفئة التي تحترم الدواء مدعمة من طرف شريحة المستويات التعليمية المرتفعة.

لنسجل في إحتياط الإبتعاد عن المشاكل والضغوطات النفسية إرتفاع في نسبة المبحوثين غير المتقيدين بذا الإحتياط، وذلك بنسبة 88.67 % مقابل نسبة 11.33% من المبحوثين المتقيدين بذا الإحتياط. والنسبة

الأولى ترتفع أكثر عند الأميين أي نسبة 92.86% مقابل نسبة 7.15 % من الأميين يبتعدون عن المشاكل والضغوطات النفسية. ليعرف الجدول إنخفاض في النسبة لدى المستويات التعليمية المرتفعة.

وإذا إتجهنا إلى إحتياط مراقبة الحالة المرضية، فنجد نسبة 91 % من المبحوثين لا يراقبون حالتهم الصحية مقابل نسبة 9% من المبحوثين يراقبون حالتهم الصحية، حيث أن المرضى غير المراقبين لحالتهم الصحية مدعمة نسبتهم من طرف المستويات التعليمية المنخفضة أي نسبة 93.75% إبتدائيين لا يراقبون حالتهم الصحية مقابل نسبة 6.25 % من نفس المستوى التعليمي يراقبون حالتهم الصحية. وأيضا نسجل نسبة 93.57 % أميين لا يراقبون حالتهم الصحية مقابل نسبة 6.43 % أميين يراقبون حالتهم الصحية.

إن المشي والحركة هي أحد الممارسات التي ينصح بها الأطباء مرضاهم لتفادي الوزن الزائد المضر بالصحة، حيث سجلنا في هذا الصدد نسبة كبيرة من المرضى لا تتقيد بذا الإحتياط، وذلك بنسبة تقدر بـ 94% من أصل 300 مريض. والأغلبية الساحقة من هذه النسبة تمثلت في المستويات التعليمية المنخفضة كالأميين، ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي والمتوسط.

وفي نفس السياق، فإن المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب لا يعفى كليا من مسؤولياته خاصة العمل، فقد يزاول عمله كبقية أفراد المجتمع ولكن بحذر حسب حالته المرضية. وغالبا ما يحاول الأطباء من خلال معرفة نوع عمل المريض تكييف نوعية عمله مع حالته الصحية ووزنه، حيث يكون هذا العمل غير مضر بالصحة بل يساعد هذا الأخير على إنقاص الوزن وتنظيم الدورة الدموية، ولكن ما يلاحظ في الواقع أن الشخص غالبا ما يجهد نفسه في العمل ولا يتخذ بنصائح طبيبه. وهذا حسب تصريحات المرضى. إذ يقول مريض: "مام تقولي الطبيبة لازملك الراحة أنا ماناخذش برايها باش نعاون روحي لازملي نخدم". إذ أن هذا المريض يمارس 3 أعمال ولا يعطي لنفسه الراحة، وهو يعترف بذلك. وفي هذا الصدد سجلنا نسبة 94.33 % من المبحوثين لم يقوموا بتنظيم عملهم بل يتعبون كثيرا وترتفع هذه النسبة أكثر عند الأميين.

وأخيرا، ما يلاحظ من الجدول السابق أن أغلبية الذكور لم يمتنعوا عن ممارسة التدخين، وذلك بنسبة 94.39% من مجموع الذكور مقابل نسبة 5.61% إمتنعوا عن التدخين. وقد نجد فئة المبحوثين غير الممتنعين عن التدخين من فئة الأميين بنسبة 100%.

من خلال القراءة الإحصائية للجدولين السابقين، توجد علاقة بين المستوى التعليمي وتنفيذ تعليمات الطبيب وإتخاذ الإحتياطات الوقائية، حيث أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي إرتفع عدد المرضى المنفذين لتعليمات الطبيب، وهذا يدل على أن المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بثقافة صحية مقارنة بفئة الأميين الذين يجدون صعوبة في إكتساب هذه الثقافة مما ينعكس ذلك سلبا على علاقاتم بالطبيب، لأن المستوى التعليمي يؤثر في التفاعل الإجتماعي بينهما، وهذا ما أكده لنا بعض الأطباء.

ويمكن إرجاع أسباب عدم تنفيذ المرضى لتعليمات طبيبهم إلى كره هؤلاء للروتين اليومي الذي تعودوا عليه. وهذا حسب تصريح البعض منهم كقول هذه المريضة "أنا الطبيبة قاتلي ديري الريجيم، وأشربي الدوا، أنا ما شريتش وماندیرش الريجيم وكي ندخل ليها نقولها أشريت الدوا وأشربته". فهذا التصريح بعدم تنفيذ النصائح الطبية يدل على عدم تعاون المريض مع الطبيب وغياب الرغبة والقدرة على التغيير من الأسوأ إلى الأحسن. فالأسباب الرئيسية وراء هذا التصرف هي الجهل، قلة المعرفة وإنتشار الأمية بين أفراد العينة، خاصة عند فئة المسنين. وهذا ينعكس سلبا على الصحة ونشر التربية الصحية وإكتسابا، حيث أن هذا الإنخفاض في الوعي الصحي يؤدي في بعض الحالات إلى الوفاة بسبب الجهل بالأمور الصحية. وهذا ما يتأكد من خلال تصريح المريضة التي تقول: "أنا رحت للعرس وأكليت الطعام حتى شبعت وصلت للسبيطار وحتى للكومة"، إذ أن هذه المريضة مستواها التعليمي أمي. فهذه الحازفة بالحياة تدل على غياب الوعي الصحي. لذا فلا بد على المختصين في التثقيف الصحي من تكثيف جهودهم أكثر بين الأميين لتجاوز المخاطر المؤدية إلى الهلاك وحتى إلى الموت. فالحياة الصحية للفرد مرتبطة إرتباطا قويا بمستوى تعليمه وبثقافته الصحية. وفي نفس السياق، فإن عدم تنفيذ المرضى خاصة الأميين لنصائح الطبيب وإرشاداته يعتبر ذلك سببا من أسباب عدم الثبات والإستقرار في النسق الطبي وعدم قيام هذا الأخير بوظائفه على أكمل وجه، حيث تشير نادية محمد السيد عمر في مؤلفها علم الإجتماع الطبي المفهوم والمجالات بأنه "يرى بارسونز أن أي نسق يستطيع المحافظة على ثباته من خلال وجود عمليتين أساسيتين العملية الأولى هي التنشئة الإجتماعية والعملية الثانية هي الضبط الإجتماعي، وهاتين العمليتين يكمل بعضها البعض وهدفهما جعل الأشخاص في المجتمع ينصاغون للمعايير التي توجد بالنسق الإجتماعي فإذا فشلت التنشئة الإجتماعية في جعل الأشخاص يتبعون المعايير فإن الضبط الإجتماعي يجبرهم على ذلك". [1]

وعليه يمكن القول أن عدم تعاون المريض مع الطبيب هو سبب من أسباب عدم إستقرار النسق وثباته، وهذا يعني أن فشل المصاب بالمرض في تتبع النصائح والإرشادات الطبية، قد يؤدي ذلك إلى تديد سبل العلاج المسطرة من طرف الطبيب وخلق نوع من التفاعل السلبي بينهما. مما ينعكس ذلك سلبا على العلاقة طبيب-مريض، والتي تكون سيئة مبنية على التشخيص ووصف العلاج فقط. فهي تتأثر بالدرجة الأولى بالمستوى التعليمي، لأن المرضى أقل تعليما يكونون أقل معرفة بالأمور الصحية وأيضا أقل تبادلا للحوار مع الأطباء عكس المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع. مثلا المريض الأمي تصادفه عدة صعوبات في تبادل الحديث مع طبيبه ويرجع ذلك أساسا إلى قلة معرفته وإلى العوامل النفسية مثل الخوف، الخجل، القلق والتوتر. وهذا يؤدي إلى عدم قدرته على توضيح حالته الصحية وأهم الأعراض التي تنتابه، أي عدم إستطاعته إيصال الرسالة إلى الطبيب ووصف حالته المرضية بسبب قلة معلوماته وثقافته الصحية حول

(1) نفس المرجع، ص ص 446-447.

المرض المزمن وأعراضه. والشيء الغريب في الأمر، هو أن البعض من المرضى وخاصة الأميين يوافقون على كل ما يقدم لهم من أوامر وكل ما يكتب لهم دون مناقشة وإستفسار، فهم يرون بأن الطبيب هو مثلهم الأعلى في الشفاء. لذا هم يحترمونه ولا يعارضونه. وهذا ما لاحظناه أثناء حضورنا الإستشارة الطبية. عكس المتعلمين الذين هم غالبا ما يناقشون الأمور الصحية مع أطبائهم، يعارضونم أحيانا عن نظام العلاج غير المناسب لحالتهم، حيث يحاولون الإستفسار على بعض الأمور غير الواضحة، وهذا لكسب أكبر قدر من المعرفة الصحية وإستغلالها في نظام الحياة اليومي في شكل سلوكات صحية.

وفي هذا الصدد، يعتبر الإتصال بما يتضمنه من إتصال شفهي أو غير شفهي عملية مهمة في الإستشارة الطبية هذا من جهة. ومن جهة أخرى تتأثر هذه العملية بالمستوى التعليمي. وفي نفس السياق، فإن الأسباب الرئيسية التي تجعل الإتصال غير فعال في النسق الطبي إلى جانب التعليم هي كثرة المرضى وقلة الوقت الذي يقضيه الطبيب مع مريضه مما يؤدي إلى عدم الإهتمام بذا الأخير جيدا وعدم إعتباره إنسان له آدميته. وفي هذه الحالة، فإن إحساس الشخص بأن الطبيب لا يهتم به، ينتابه القلق والخوف وحتى الإضطراب، هذا يؤدي به إلى الصمت وعدم الكلام بكل حرية، حتى أنه لا يفهم جيدا كل ما يقدم له من إرشادات طبية خاصة إذا كان مستواه التعليمي منخفض. وقد تكون لشخصية الطبيب (ة) أهمية في الإتصال بين الطرفين. وهذا ما ذكره لنا المرضى. إذ تقول مريضة: "الطبيبة تقول للبنات بالاكو على ياكم، الطبيبة مليحة تلاقيك بلسان الحلو". أما مريض آخر فيصرح: "كي يكون الطبيب مليح المورال يطلع". فمثل هذه المشاكل ترجع أساسا إلى الإختلاف الثقافي بين وجهة نظر كل من الطبيب والمريض. وأيضا إلى الجهل والأمية اللذان يكونان سببان من أسباب فشل الإتصال، حيث أن الدور الإجتماعي للطبيب يكون إيجابي وفعال إذا كان المصاب ذو مستوى تعليمي مرتفع، متمتع بثقافة صحية تسمح له بخلق الحوار وتبادل الحديث وأيضا التعاون بينهما، وهذا للوصول إلى نتيجة إيجابية في العلاج. فكلما كان الإتصال جيد بين الطرفين كلما ساهم ذلك في تدفق المعلومات الصحية من طرف الطبيب، وإكتساب المريض أكبر قدر منها وزيادة ثقافته الصحية لتسيير مرضه المزمن.

وإستنادا على ذلك، فإن العناية الطبية ونشر التربية الصحية يفترض أن تكثف بين أوساط الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة، وأيضا لا بد من تحسين العلاقة طبيب-مريض، وإعادة النظر في إستعمال المصطلحات الطبية أمام هذه الفئة من المرضى، التي غالبا لا تفهم الكلمات الطبية، لأن اللغة الطبية التي يستخدمها الطبيب أحيانا أمام مريضه قد تكون معوقا من معوقات التكامل الثقافي داخل النسق العلاجي. وعليه ينبغي على الأطباء تجنب هذا السلوك والتقليل منه. وإذا كان الموقف يحتم على أحدهم إستخدامها فلا بد أن يكون بعيدا عن أنظار المريض لأن إستخدامها إما أن يؤدي بالمصاب إلى الفهم الخاطئ حول حالته أو جعله مضطربا وقلقا. ولهذا يجب على الطبيب مراعاة ذلك أثناء تعامله معه. ويعتبر إستخدام الطبيب للغة الطبية نتاجا طبيعيا للتعليم الطبي الذي تلقاه، حيث أصبح الآن إستخدام التعليم

الطبي لهذه اللغة أهم معوق للتكامل الثقافي داخل النسق العلاجي.[1] إذ أنه من خلال الإستشارات الطبية التي حضرناها في مصلحتي الطب الداخلي والقلب بمستشفى بني مسوس صادفتنا هذه الظاهرة، حيث أن بعض الأطباء يستخدمون مصطلحات طبية مع مرضاهم، حتى مع المرضى الأميين. مثلا فيما يخص إسم الأدوية، آلات قياس نسبة السكر في الدم...الخ. وتستخدم اللغة الطبية حتى في تبادل الحديث والحوار مع المرضى.

إن أهم سبب لعدم تعاون المريض مع الطبيب هو التعليم، الذي يعتبر عامل فعال في توفر الوعي الصحي، التمتع بالثقافة الصحية وزيادة الخبرات والمعلومات المكتسبة والمقدمة. وفي هذا الصدد يؤكد الأطباء على أن للمستوى التعليمي دور في تتبع المريض للنصائح الطبية، لأن الجهل والأمية يعيقان عملية التربية الصحية ويعملان على عدم التعاون مع الطبيب. فالمستوى التعليمي خاصة المنخفض يؤدي إلى عدم قدرة المريض على فهم ما يقال له أثناء الإستشارة الطبية، وهذا راجع إلى صعوبة اللغة الطبية التي يستعملها الأطباء وعدم إستخدامهم للألفاظ السهلة والعبارات البسيطة التي يعبرون با عن وجهة نظرهم في تشخيص وعلاج المرض، وهذا نتيجة تعليمهم الطبي المبني على اللغة الفرنسية. فتعليم الطبيب يكون بلغة معينة وعمله في الميدان مع المرضى بلغة معينة، فهذا الأخير يجد صعوبة في التأقلم والتوفيق بين اللغتين. ولهذا يؤكد الأطباء بأن جهل المريض بالأمور الوقائية والعلاجية وعدم القدرة على فهم الحقائق الطبية سببا من أسباب عدم التعاون معنا وعدم نجاعة العلاقة بيننا. فهذا الجهل ناتج عن غياب الوعي الصحي والثقافة الصحية. فهذه الأخيرة لا تحفز المريض على فهم المرض، نوعه وأسلوب علاجه هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن إيمانه ببعض المعتقدات الخاطئة وتتبعه لممارسات غير صحية في نظام حياته يؤدي حتما بدوره إلى فشل عملية التفاعل بين الطرفين. وهذا ينطبق على الدراسة التي أقيمت من طرف الباحثة نادية محمد السيد عمر، حول أسباب عدم تعاون المريض مع الطبيب، حيث أثبتت نتائج الدراسة أن هناك "إرتباط بين المستوى التعليمي للمريض وبين تعاونه أو عدم تعاونه مع الطبيب حيث بلغ هذا الإرتباط في مستشفى المواساة (39%) وفي المستشفى الأميري (0.47 %) وهذا يدل على أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كلما كان أكثر قدرة على فهم الطبيب وعلى شرح حالته وإختيار الأسلوب المناسب للعلاج بالإتفاق مع طبيبه، في حين أن المرضى الذين ينخفض مستوى تعليمهم ربما يتعاونون مع الأطباء ولكن دون فهم مما قد يؤدي إلى نتائج سلبية وهذا يرجع إلى إنعدام وعيهم الصحي وبالتالي عدم القدرة على فهم ما يقوله الطبيب". [2]

إن أغلبية أفراد عينتنا لا يتبعون بصفة منتظمة الإحتياطات الوقائية اللازمة، وخاصة عند فئة المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة كإستعمال الريجيم، الأدوية، الإبتعاد عن الضغوطات النفسية، مراقبة الحالة المرضية، إتباع الحركة، تنظيم العمل والإمتناع عن التدخين. وهي ممارسات يفترض تتبعها في نظام

(1) نفس المرجع، ص ص 467-468.

(2) نفس المرجع، ص ص 458-459.

الحياة للحفاظ على الصحة الطبيعية. فعدم التنفيذ راجع بالدرجة الأولى كما ذكرنا سابقا إلى إنعدام الثقافة الصحية واللامبالاة التي يتميز با أفراد هذه الفئة، فالإرادة والعزيمة صفة من صفات الإمتثال للشفاء والتعاون مع الطبيب. فهذا التعاون يعتبر واجب من واجبات المريض، حيث أن ما من مرض يحتاج إلى تكثيف الجهود وتعاون المريض مع الطبيب تعاونا متكاملا في الأدوار كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب، لأن عملية العلاج تتوقف على درجة التعاون بين الطرفين وإعتماد كل طرف على الآخر. فالطبيب يحيط مريضه علما بكل الإحتياطات والتعليمات التي يتبعها في علاج مرضه ومحافظته على الصحة الطبيعية. ويتحدد دور المريض في طاعة الطبيب وتنفيذ الأوامر والتعليمات الطبية من أجل التغلب على الحالات الأكثر خطورة. وفي هذا الصدد يتجلى دور الطبيب في مساعدة المريض. بينما هذا الأخير يساعد نفسه بإتباع الإرشادات الطبية. وعليه تكون مشاركة متبادلة بينهما. ولكن الإشكال المطروح في الجزائر هل هذا حقا متحقق؟ نقول لا يوجد تعاون بين الطرفين نظرا لعدة أسباب ذكرناها آنفا.

إن دور الطبيب هو فهم وتقييم الشكاوي التي يقدمها المصاب له، وتفسير الأعراض المرضية التي يعاني منها وإسقاط نتائجها على حالته في الحاضر والمستقبل والسيطرة على الحالة بشكل جيد يخدم مصلحته بالدرجة الأولى. ويندرج هذا عادة تحت علاقة طبيب-مريض. فخبرة الطبيب تسمح له بممارسة السلطة والنفوذ في علاقته هذه، حيث أنه يعرف أفضل ولهذا السبب هو موجود للقيام بدوره الذي حدده له المجتمع. وعليه يمكن القول أن علاقة المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض تعتبر أساسية في علاج الأمراض المزمنة. فالمريض يحتاج لخبرة الطبيب، والطبيب يحتاج للمريض من خلال مراقبته لحالته عن طريق قياس الضغط الدموي بإستمرار مثلا، قياس نسبة السكر في الدم وتنظيم التغذية...الخ. وإذا تم التعاون بين الطرفين فإن النسق الطبي يعرف الثبات والإستقرار، لأن توفر الوعي الصحي في هذه الحالة يؤدي إلى إحداث تكيف في هذا النسق، ولكن يا ترى هل الجزائر تعرف تكيفا وثباتا في نسقها الطبي؟ وإجابة على ذلك فإن المستوى التعليمي المنخفض الذي يؤدي إلى نقص الثقافة الصحية يعيق عملية تعاون المريض مع الطبيب. أي أن العلاقة بينهما هي علاقات ليست بعلاقة المشاركة المتبادلة وإنما هي علاقات يسودها التوتر والتناقض، وهذا أصلا يؤدي إلى عدم ثبات النسق الطبي وعدم تكيفه.

ولتوضيح العلاقـة أكثر بين المستوى التعليمي ومدى تعاون المريض مع الطبيب، فإن الجـدول رقم (53)، يبرز أيضا تلك العلاقة.

جدول رقم (53) : يوضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي و علاقته بتغيير نمط الحياة* .

تغيير نمط الحياة / المستوى التعليمي	نعم	لا	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
أمي	28 % 20	109 % 77.86	03 % 2.14	140 % 100
إبتدائي	26 % 32.50	50 % 62.50	04 % 5	80 % 100
متوسط	12 % 42.86	15 % 53.57	01 % 3.57	28 % 100
ثانوي	22 % 57.90	14 % 36.84	02 % 5.26	38 % 100
جامعي	09 % 64.29	04 % 28.57	01 % 7.14	14 % 100
الموع	97 % 32.33	192 % 64	11 % 3.67	300 % 100

نستشف من خلال قراءة معطيات الجدول أن الإتجاه العام له يتجه نحو المرضى الذين لم يغيروا من نمط حياتم، حيث نسجل نسبة 64 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 32.33 % من أفراد العينة غيروا من نمط حياتم. بينما نسبة 3.67 % من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي، نجد نسبة المرضى الذين لم يغيروا نمط حياتم دعمت من طرف الأميين بنسبة 77.86% مقابل نسبة 20% من الأميين غيروا نمط حياتم. وأخيرا نسبة 2.14 % من المرضى الأميين حاولوا تغيير نمط الحياة دون جدوى.

وإرتفاع المستوى التعليمي يرتفع عدد المرضى المغيرين لنمط حياتم، إذ نجد أن ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي مثلوا نسبة 62.50 % لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 32.50 % غيروا نمط الحياة من نفس المستوى التعليمي ونسبة 5 % حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

أما ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 53.57 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 42.86 % غيروا نمط حياتم وهم من ذوي المستوى التعليمي المتوسط. ونسبة 3.57 % حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى من نفس فئة المستوى التعليمي.

وفي نفس السياق فإن فئة ذوي المستوى التعليمي الثانوي الذين لم يغيروا من نمط حياتم قدرت نسبتهم بـ 36.84% مقابل نسبة 57.90 % من الثانويين غيروا من نمط الحياة ونسبة 5.26 % من نفس المستوى التعليمي حاولوا تغيير نمط الحياة دون أي جدوى.

* تغيير نمط الحياة: يعني التخلي عن بعض الممارسات التي كان يمارسها المرضى قبل إصابتهم بالمرض، حيث اصبحت هذه الممارسات لا تتناسب مع حالتهم الصحية، بل هي مضرة مثل بعض الأغذية، التدخين...الخ. وهذا التغيير يفرضه عليهم الطبيب المعالج.

وأخيرا نجد شريحة الجامعيين، من بينهم نسبة 28.57 % لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 64.29 % غيروا من نمط الحياة ونسبة 7.14 % حاولوا تغيير نمط الحياة دون أي جدوى.

وما يمكن ملاحظته، هو أنه توجد علاقة طردية بين المستوى التعليمي وتغيير نمط الحياة، فكلما إرتفع المستوى التعليمي إرتفعت نسبة الأفراد المغيرين لنمط الحياة والعكس صحيح. وهذا يدل على نتيجة جد هامة، وهي أن المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض أقل تعاونا مع الطبيب مقارنة بالمرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع الذين يدركون المخاطر التي سوف يتعرضون لها إذا لم يغيروا ممارساتم غير الصحية. ولذا يمكن القول أن الجهل وما يتضمنه من نقص الوعي الصحي يجعل المريض رهن عاداته غير الصحية ومعتقداته الخاطئة حول الأمور الصحية، كالمريضة التي تقول "لاجات الموت واحدة ما تحبسها حتى حاجة أنا ناكل لي جات". فهذا الإعتقاد بأن الموت قضاء، وقدر يؤدي بذه المصابة بأن تتصرف كما يحلوا لها. وهنا ينطبق عليها المثل الشعبي العربي "لي جابوه رجليه الحديد ليه". يعني أنا لا تستخدم الريجيم ولم تغير من نمط حياتا، وترى بأن إذا لم يأتي أجلها فإنا لن تموت، حيث أنا لا تعرف بأن عدم تغيير الممارسات غير الصحية وعدم التقيد بالسلوكات المفروضة عليها يؤدي با إلى أضرار وآفات صحية لا يحمد عقباها كالشلل مثلا وحتى الموت.

إن إلحاح الطبيب وإسراره على تغيير الممارسات اليومية غير الصحية للمرضى ليست أمرا إعتباطيا وإنما مبني على أسس وقواعد ينتهجها في خطته العلاجية للسيطرة على الحالة المرضية والمحافظة على الصحة الطبيعية. فمخالفة هذا الأمر يضر بصحة المريض بالدرجة الأولى. فالطبيب يسهم من خلال نصائحه في إحداث الضبط الإجتماعي في النسق الطبي، لأن المرض بالنسبة له إنحراف لا بد من معالجته. وفي هذا الصدد يسعى الفريق الطبي إلى المحافظة على وظائف النسق الطبي وخاصة المحافظة على ثبات النسق، وهكذا يفترض أن يكون هناك تعاون بين الطبيب والمريض ويرجع ذلك إلى توفر الوعي الصحي لهذا الأخير. وفي مجتمعنا الجزائري غالبا ما نصادف غياب الثقافة الصحية عند المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، كداء السكري، ضغط الدم والقلب، والذين تكثر لديهم مضاعفات المرض، حيث أن مستشفياتنا الصحية تكتظ بم نتيجة غياب الوعي الصحي. والذي بدوره يؤدي إلى عدم إستقرار النسق وثباته. وهذا يقودنا إلى القول بأن العدد المرتفع من المرضى وقلة الإمكانيات الطبية والبشرية ينتج خلل وظيفي في إنجاز الأهداف التي يسعى إليها الفريق الطبي لتحقيقها وهي هدف علاج المرضى. فقلة الإمكانيات في المستشفى مع كثرة المرضى وقلة الوقت المخصص لكل مريض يجعل الطبيب في صراع دائم في أدواره الإجتماعية من حيث كيفية إستخدام هذه الإمكانيات وتوزيعها على المرضى، من هو المريض الذي يحتاج حقا إلى هذه الوسيلة أو أولويات إستخدام الإمكانيات، خاصة إذا تعلق الأمر بأمراض القلب. وعليه فإن "ضآلة الإمكانيات في المستشفى تؤثر على إنجاز الطبيب لعمله، فهي أيضا تؤثر على بقية الفريق المعاون للأطباء،

حيث أنا تؤدي إلى عدم وجود برامج تدريبية خاصة لهيئة التمريض ومدهم بالطرق الحديثة لتحسين العمل في مجال التمريض ومعالجة المرضى بطرق أفضل وأسرع". [1]

وكخلاصة للقول هي أن المستوى التعليمي للمريض يؤثر على تغيير هذا الأخير لنمط حياته، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أقل تغييرا لنمط حياتم بسبب جهلهم بفائدة هذا التغيير، وتمسكهم بعاداتم ومعتقداتم الخاطئة.

جدول رقم (54): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته باللجوء إلى الصيدليات دون وصفة طبية.

اللجوء إلى الصيدليات / المستوى التعليمي	نعم	لا	الموع
أمي	63 % 45	77 % 55	140 % 100
إبتدائي	42 % 52.50	38 % 47.50	80 % 100
متوسط	16 % 57.14	12 % 42.86	28 % 100
ثانوي	17 % 44.74	21 % 55.26	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	08 % 57.14	14 % 100
الموع	144 % 48	156 % 52	300 % 100

حسب الدراسة التي قمنا بها، إتضح لنا جليا أن الإتجاه العام للجدول ينصب حول المرضى الذين لا يلجئون إلى الصيدليات لشراء الدواء دون أي وصفة طبية. وذلك بنسبة 52 % مقارنة بنسبة 48 % يلجئون إلى الصيدلي دون وصفة طبية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي ، تبين أن له تأثير على المتغير التابع الذي هو عدم اللجوء إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية، إذ أن فئة المرضى الذين مستواهم التعليمي جامعي ولا يلجئون إلى الصيدلي بدون وصفة طبية، مثلوا نسبة 57.14 % مقابل نسبة 42.86 % من الجامعيين يتجهون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية.

في حين نجد المرضى من المستوى التعليمي الثانوي مثلوا نسبة 55.26% لا يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية، مقابل نسبة 44.74 % من الثانويين يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية.

(1) نفس المرجع، ص 456.

أما بالنسبة للمبحوثين الأميين، فنجد من بينهم 55 % لا يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية، مقابل نسبة 45 % يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية.

وفي نفس السياق فإن المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي يمثلون نسبة 47.50 % من المبحوثين لا يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية مقابل نسبة 52.50 % يلجئون إلى شراء الدواء دون أي وصفة طبية.

وآخر النسب تتمركز عند الأفراد من ذوي المستوى التعليمي المتوسط يتوزعون كما يلي: نسبة 42.86% لا يلجئون إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية مقابل نسبة 57.14% يلجئون إلى الصيدلي لشراء الدواء دون أي وصفة طبية.

نستنتج من خلال هذه القراءة الإحصائية الوجيزة، أن المستوى التعليمي له علاقة وثيقة باللجوء إلى الصيدلي لشراء الدواء دون أي وصفة طبية، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أكثر لجوءا للصيدلي لشراء أدوية دون أي وصفة طبية، وهذا راجع إلى الجهل وعدم المعرفة بأضرار هذه الممارسات. وأيضا التمسك بالعادات السيئة التي إنتشرت بين أفراد المجتمع الجزائري بما فيهم المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، حيث أصبح الفرد طبيب نفسه يسقط أعراض المرض على حالته المرضية ويلجأ للصيدلي دون وصفة طبية ويشتري الأدوية الخاصة بالمرض العادي وحتى المرض المستعصي. فقلة الوعي الصحي من جهة المرضى وعدم تمسك الصيادلة بأخلاقيات المهنة هي أمور شجعت على إنتشار هذه الظاهرة. فالجهل وقلة المعرفة الصحية لدى المريض من الأسباب الرئيسية للجوء إلى مثل هذه السلوكات. وبالتالي في هذه الحالة قد يفقد الطبيب دوره، بإعتبار أن المريض طبيب نفسه وأن الصيدلي هو الشخص الذي يلبي له رغباته، حيث أصبحت مهنة الصيدلة مهنة الربح السريع، لأن هناك أشخاص غير مختصين في المجال الصيدلاني يمارسون هذه المهنة التي يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الفرد الجزائري بصفة عامة وعلى صحة المريض المصاب بمرض مزمن بصفة خاصة. فهؤلاء المرضى يجهلون العواقب التي يمكن أن يخلقها هذا التصرف. وفي هذا الصدد يشير نبيه الغبرة في كتابه الصحة والوقاية إلى أن "الجهل في أمور الصحة وإهمال قواعدها يؤدي في كثير من الأحيان إلى إنحرافات بسيطة قد لا تكون ذات بال إذا ما نظر إليها أفرادا ولكنها قد تكون ظاهرة خطيرة بالنسبة للمجتمع".[1]

(1) نبيه الغبرة، مرجع سابق، ص7.

جدول رقم (55): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى اللجوء إلى الطبيب.

المراحل / المستوى التعليمي	تجاهل الأعراض المرضية	التأكد من طبيعة المرض	تناول دواء دون إستشارة الطبيب	اللجوء إلى العلاج الحديث	اللجوء إلى العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الصلاة الدعاء الصبر وقراءة القرآن	الموع
أمي	25 % 17.86	04 % 2.86	21 % 15	28 % 20	56 % 40	01 % 0.71	- -	03 % 2.14	02 % 1.43	140 % 100
إبتدائي	12 % 15	05 % 6.25	13 % 16.25	21 % 26.25	23 % 28.75	- -	02 % 2.50	03 % 3.75	01 % 1.25	80 % 100
متوسط	03 % 10.71	03 % 10.71	08 % 28.57	05 % 17.87	07 % 25	- -	- -	01 % 3.57	01 % 3.57	28 % 100
ثانوي	05 % 13.16	03 % 7.89	06 % 15.78	17 % 44.74	06 % 15.79	- -	- -	01 % 2.64	- -	38 % 100
جامعي	02 % 14.29	01 % 7.14	01 % 7.14	06 % 42.86	04 % 28.57	- -	- -	- -	- -	14 % 100
الموع	47 % 15.67	16 % 5.33	49 % 16.33	77 % 25.67	96 % 32	01 % 0.33	02 % 0.67	08 % 2.67	04 % 1.33	300 % 100

من البيانات الواردة في الجدول رقم (55)، يتضح لنا أن نسبة كبيرة من أفراد العينة يلجئون إلى المساعدة غير الطبية في حالة تعرضهم للمرض المفاجئ، أي اللجوء إلى العلاج التقليدي بما يتضمنه من أعشاب طبية ووصفات شعبية منزلية، حيث مثلوا نسبة 32 % من الموع الكلي للمبحوثين.

وبربط المستوى التعليمي بالمراحل المتبعة في العلاج تبين لنا أن فئة الأميين عززت الإتجاه العام، حيث قدرت نسبة المرضى الأميين الذين يلجئون إلى العلاج التقليدي بـ 40 % مقابل نسبة 20 % أميين يلجئون إلى العلاج الحديث أي إستشارة الطبيب في حالة المرض. أما المراحل الأخرى فتعرف إنخفاض في النسبة إذ نجد نسبة 17.86 % من الأميين تجاهلوا الأعراض المرضية، 15 % من الأميين تناولوا دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 2.86 % أميين حاولوا التأكد من طبيعة المرض قبل ممارسة أي فعل، ونسبة 2.14% حاولوا الإرتياح، نسبة 1.43 % لجئوا إلى الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن. وأخيرا نسبة 0.71 % أميين إستخدموا الأدوية والأعشاب الطبية في آن واحد.

أما المبحوثين الذين مستواهم التعليمي إبتدائي، فنجد نسبة 28.75 % في صنف اللجوء إلى العلاج التقليدي مقابل نسبة 26.25 % لجؤوا إلى العلاج الحديث، نسبة 15 % تجاهلوا الأعراض المرضية، نسبة 16.25 % تناولوا دواء دون إستشارة طبية، نسبة 6.25 % حاولوا التأكد من طبيعة المرض، نسبة 3.75 % لجئوا إلى الإرتياح لعل الأعراض المرضية تزول ونسبة 2.50 % لجئوا للبكاء. وأضعف نسبة نجدها في صنف الصلاة، الدعاء، قراءة القرآن والصبر وهي نسبة تمثل 1.25 % من المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي.

في حين فإن أفراد عينتنا من ذوي المستوى التعليمي الجامعي، قدرت نسبتهم بـ 28.57 % مارسوا العلاج التقليدي لإسعاف حالتهم المرضية، مقابل نسبة 42.86 % جامعيين إستفادوا من العلاج الحديث، نسبة 14.29 % منهم تجاهلوا الأعراض المرضية ونسبة متساوية أي 7.14 % من الجامعيين البعض منهم حاول التأكد من طبيعة المرض والبعض الآخر تناول دواء دون إستشارة طبية، لتنخفض النسبة في التصنيفات المتبقية.

وبالنسبة للمبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فإننا نلاحظ إنخفاض في إستعمال العلاج التقليدي، إذ نسجل نسبة 25 % من المبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط عالجوا حالتهم المرضية بالطرق العلاجية الشعبية التقليدية مقابل نسبة 17.87 % من المرضى من نفس المستوى التعليمي لجؤوا إلى العلاج الحديث أي إستشارة طبيب مباشرة. ونجد نسبة 28.57 % في صنف تناول دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 10.71% لكلا من صنف تجاهل الأعراض المرضية وصنف التأكد من طبيعة المرض ونسبة 3.57 % لكلا من الصنفين الإرتياح وصنف الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن.

وإذا إتجهنا إلى المرضى ذوي المستوى التعليمي الثانوي، فنجد نسبة 15.79 % ثانويين لجئوا إلى العلاج التقليدي مقابل نسبة 44.74 % لجئوا إلى إستشارة الطبيب أي العلاج الحديث، ولتتذبذب النسب في الأصناف المتبقية، إذ نسجل نسبة 15.78% في صنف تناول دواء دون إستشارة طبية، نسبة 13.16 % من الثانويين تجاهلوا الأعراض المرضية ونسبة 7.89 % لكل من صنف التأكد من طبيعة المرض. وأخيرا نسبة 2.64 % من الثانويين حاولوا الإرتياح.

يتضح جليا من معطيات الجدول السابق، أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي والمراحل المتبعة في العلاج في حالة ظهور المشاكل المرضية، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أكثر لجوءا للطب الشعبي التقليدي مقارنة بالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الذين يتبعون العلاج الحديث. ويمكن تفسير هذا التباين في النتيجة من خلال إنتشار الأمية، الجهل واللامبالاة في الأمور الوقائية العلاجية، وأيضا قلة الوعي، عدم إدراك المرض وتجاهل الأعراض المرضية خاصة عند فئة المرضى المنخفضي المستوى التعليمي، والذين يعتبرون الأعراض المرضية أعراض بسيطة لا تستدعي زيارة الطبيب. والبعض الآخر عالج المشاكل الصحية بالطرق غير الطبية المتمثلة في العلاج التقليدي. فمن خلال هذا التصرف يتباطئون في إستشارة الأطباء. فتتفاقم الحالة المرضية، ويجد الطبيب صعوبة في القيام بدوره، وحتى أن العلاقة بينه وبين مريضه في هذه الحالة يسودها الغموض وعدم الجدية، لأنه يبني تشخيصه على أساس ما يراه وما يصرح به المصاب. مثلا الفرد الأمي غالبا ما يعجز عن وصف حالته المرضية.

وفي هذا الصدد، يمكن القول أن البحث عن المساعدة الطبية يعتبر من إلتزامات أو واجبات المريض بإعتبارها أول خطوة يقوم با هذا الأخير للخروج من دور المريض. ويعني ذلك البحث عن شفاء لحالته والتعاون مع الطبيب، وهذا يؤدي إلى تحقيق إنجاز الهدف. والبحث عن المساعدة الطبية غالبا ما يكون عند

فئة المتعلمين أكثر من شريحة غير المتعلمين الذين لا يسارعون إلى إستشارة الأطباء بل يلجئون إلى الطب الشعبي التقليدي لإسعاف حالتهم المرضية. وهنا تظهر إشكالية الثقافة الصحية عند الشخص الذي مستواه التعليمي منخفض. وفي نفس السياق، ترى الباحثة نادية محمد السيد عمر بأن "البحث عن المساعدة العملية المتخصصة من قبل المريض عادة وليس ضرورة، فالمريض عادة ما يبحث عن طبيب متعاون معه لكي يشفى، وحينما يتعاون المريض كلية مع الخبراء الطبيون فهو يريد من ذلك شفائه، ولذلك يرى أنه من المستحيل أن نرى المريض في موقف تعارض أو تنافس مع الطبيب لأنه هو الذي يبحث عن المساعدة برغم تلازم هذا الدور مع العناصر مثل علاقته بالتدرج الإجتماعي (...) والإختلافات الثقافية(...) والفردية".[1] وعليه يمكن القول بأنه في مجتمعنا الجزائري وفي واقعنا المعاش هذا الرأي ينطبق أكثر على المرضى المتعلمين الذين يسعون إلى البحث عن شفاء لحالتهم المرضية وينفذون النصائح الطبية لتحقيق عملية التكيف، الثبات والإستقرار في النسق الطبي عكس المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة والمسنين الذين يمارسون ممارسات غير صحية، كالتداوي بالأعشاب الطبية. وقد تكون إستشارة الأطباء بعد اليأس من الشفاء وتأزم الحالة المرضية، وهذا راجع لقلة وعيهم الصحي. فهذه الفئة من المرضى تحتاج إلى تكثيف جهود المختصين في المجال الطبي لنشر التربية الصحية في وسطهم. وفي هذه الحالة التعليم له دور فعال في عملية نشر التثقيف الصحي. إذ أن تغيير الممارسات غير الصحية والإستعداد لتقبل المعلومات الصحية المقدمة من طرف المثقف الصحي تتوقف على المستوى التعليمي للفرد، لأن هذه المعرفة الصحية في بعض الأحيان يعتبرونا غريبة ومعارضة لأفكارهم ومعتقداتم، ولا تتناسب مع نمط معيشتهم، لهذا السبب يرفضونا. وفي هذا المجال يفترض مراعاة بعض المتغيرات في مرحلة إعداد أي برنامج تثقيفي صحي من حيث الوسط الذي يعيش فيه الفرد، عاداته، تقاليده ومستواه المعيشي ...الخ، لأن التثقيف الصحي ليس مجرد توزيع معلومات صحية على أفراد المجتمع والمرضى فحسب، وإنما في كيفية تحويل وترجمة هذه المعلومات إلى أنماط سلوكية وإستعمالها في نظام الحياة. فهو يتضمن تفاصيل معيشتنا وشؤون حياتنا وتستمر هذه العملية من الطفولة إلى آخر العمر، حيث تعتمد هذه العملية على المجهودات التعليمية والتربوية الهادفة إلى تطوير سلوكات الأفراد، عاداتم، أفكارهم وتقاليدهم غير الصحية في إتجاه يخدم صحتهم. فهدفه هو إحداث نوع من التنمية الصحية بين أفراد المجتمع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة.

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 191.

جدول رقم (56): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض للطبيب.

الحالات المرضية / المستوى التعليمي	الحالات المرضية الخطيرة	الحالات المرضية البسيطة	أحيانا الحالات المرضية والحالات الخطيرة	الموع
أمي	112 % 80	27 % 19.29	01 % 0.71	140 % 100
إبتدائي	61 % 76.25	19 % 23.75	- -	80 % 100
متوسط	21 % 75	07 % 25	- -	28 % 100
ثانوي	18 % 47.37	20 % 52.63	- -	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	8 % 57.14	- -	14 % 100
الموع	218 % 72.67	81 % 27	01 % 0.33	300 % 100

جدول رقم (57): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة / المستوى التعليمي	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة قصيرة يوم-يومين	مدة متوسطة 3- 4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	مدة طويلة جدا أكثر من 15يوم	الموع
أمي	15 % 10.71	27 % 19.29	15 % 10.71	57 % 40.72	26 % 18.57	140 % 100
إبتدائي	08 % 10	23 % 28.75	14 % 17.50	20 % 25	15 % 18.75	80 % 100
متوسط	01 % 3.57	11 % 39.28	05 % 17.86	07 % 25	04 % 14.29	28 % 100
ثانوي	07 % 18.43	19 % 50	03 % 7.89	06 %15.79	03 % 7.89	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	03 % 21.43	01 % 7.14	01 % 7.14	03 % 21.43	14 % 100
الموع	37 % 12.33	83 % 27.67	38 % 12.67	91 %30.33	51 % 17	300 % 100

تعد الحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض إلى الطبيب من أهم المؤشرات التي يمكن الإعتماد عليها في قياس درجة الثقافة الصحية. وفي هذا الصدد صممنا جدولا يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والحالات التي يلجأ فيها المريض إلى الطبيب، حيث يتضح لنا جليا من معطيات هذا الجدول، أن

الإتجاه العام له ينصب في فئة المرضى الذين يلجئون للطبيب في حالة الأعراض المرضية الخطيرة، وذلك بنسبة تقدر بـ 72.67 % من مجموع أفراد العينة الذين يقدر عددهم بـ 300 مريض.

ومحاولة منا التأكد من تأثير المستوى التعليمي على الحالات التي يلجأ فيها المريض لزيارة الطبيب، تبين لنا أن المبحوثين من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة هم الأكثر لجوءا للطبيب في حالة الأعراض الخطيرة، حيث نسجل نسبة 80 % أميين يلجئون للطبيب في خطورة الحالة المرضية مقابل نسبة 19.29 % من الأميين يلجئون للطبيب في حالة الأعراض المرضية البسيطة ونسبة 0.71 % في الحالات الخطيرة والبسيطة أحيانا.

وفي نفس الإتجاه، نجد المبحوثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي يلجئون للطبيب في حالة ظهور الأعراض المرضية الخطيرة بنسبة 76.25 % مقابل نسبة 23.75 % من نفس المستوى التعليمي يستشيرون الطبيب مباشرة بعد ظهور حالات مرضية بسيطة.

أما بالنسبة للمرضى ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 75 % يستشيرون الطبيب في حالة الأعراض المرضية الخطيرة مقابل نسبة 25 % من نفس المستوى التعليمي يلجئون للطبيب في حالة الأعراض المرضية البسيطة.

إن إرتفاع المستوى التعليمي يقابله إرتفاع في إستشارة الطبيب بعد ظهور الأعراض المرضية البسيطة، وهذا ما توصلنا إليه من نتائج دراستنا بالنسبة للثانويين والجامعيين. إذ أن الثانويين أقل إستشارة طبية في حالة تأزم الحالة المرضية وظهور الأعراض المرضية الخطيرة وذلك بنسبة 47.37 % مقابل نسبة 52.63 % من الثانويين يلجئون للإستشارة الطبية خلال الوهلة الأولى من ظهور الأعراض المرضية.

وآخر النسب نسجلها عند المبحوثين الجامعيين الذين قدرت نسبتهم بـ 42.86 % من الجامعيين يلجئون للطبيب في حالة ظهور الأعراض المرضية الخطيرة مقابل نسبة 57.14 % من الجامعيين يلجئون للطبيب في حالة ظهور أعراض مرضية بسيطة.

وتكملة للجدول السابق، فإن الجدول رقم (57)، الذي يبين علاقة المستوى التعليمي بالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، إتجاهه العام يتجه نحو المرضى الذين يلجئون إلى الطبيب خلال مدة طويلة، وذلك بنسبة تقدر ب 30.33% من المبحوثين. وقد عززت هذه النسبة من طرف فئة الأميين بنسبة 40.72 % مقابل نسبة 19.29 % في صنف المدة القصيرة، نسبـة 18.57 % في صنف مدة طويلة جدا ونسبة 10.71 % في صنف كل من مدة قصيرة جدا ومدة متوسطة.

وبإرتفاع المستوى التعليمي تنخفض نسبة المرضى الذين يلجئون للطبيب بعد مدة طويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب والعكس صحيح، حيث نجد أنه من بين المبحوثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي نسبة 25 % تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بمدة طويلة مقابل نسبة 28.75 % من المبحوثين من نفس المستوى التعليمي الإبتدائي مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب

هي مدة قصيرة، نسبة 17.50 % في صنف مدة متوسطة، نسبة 18.75 % من المبحوثين تراوحت مدة ظهور الأعراض وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة جدا. ونسبة 10 % المدة تميزت بمدة قصيرة جدا

أما بالنسبة للمبحوثين من ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 25 % تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة مقابل نسبة 39.28 % في صنف مدة قصيرة، نسبة 17.86% مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة متوسطة، نسبة 14.29 % في صنف المبحوثين الذين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة جدا. وأخيرا نسبة 3.57 % من المبحوثين من نفس المستوى التعليمي الذين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة جدا.

والملاحظة الأكثر أهمية في هذا الجدول، هي أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كلما إتجه هذا الأخير إلى زيارة الطبيب في مدة قصيرة جدا، إذ أن المستويات التعليمية المرتفعة يتبعها حتما إرتفاع في الوعي الصحي والثقافة الصحية. وعليه فإن الجدول رقم (57) يوضح بأن فئة المبحوثين الثانويين مثلوا نسبة 15.79 % من المرضى تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة مقابل نسبة مرتفعة من نفس المستوى التعليمي من المبحوثين تراوحت مدة ظهور أعراضهم المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة وذلك بنسبة 50 %، نسبة 18.43 % في صنف مدة قصيرة جدا، نسبة ضعيفة عند الثانويين الذين يلجئون إلى الطبيب في مدة متوسطة ومدة طويلة جدا بعد ظهور الأعراض المرضية، وذلك بنسبة 7.89 % لكلا المدتين.

وفي نفس السياق، نسجل نسبة 7.14% عند الجامعيين الذين يتجهون للطبيب بعد مدة طويلة من ظهور الأعراضالمرضية مقابل نسبة 42.86 % من الجامعيين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة جدا، نسبة 21.43 % لكلا المبحوثين الجامعيين المصنفين رأيهم في المدة القصيرة والمدة الطويلة جدا. أما نسبة المبحوثين الجامعيين الذين يستشيرون الطبيب بعد ظهور الأعراض المرضية في مدة متوسطة، فنجد نسبة 7.14 % من مجموع المبحوثين الجامعيين.

إن المستوى التعليمي له علاقة بالحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض للطبيب وبالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة يتباطئون في إستشارة الأطباء عكس المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع والذين يتسارعون لزيارة الطبيب. وعليه يمكن القول بأنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي والتباطؤ في اللجوء للخدمة الصحية. فهذا التباطؤ يرتفع عند فئة المرضى منخفضي المستوى التعليمي والذي يرجع إلى اللامبالاة وإنخفاض وعيهم الصحي، حيث أنهم يتجاهلون المزايا من وراء الإسراع في إستشارة الأطباء. فهذا الإسراع يؤدي إلى إكتشاف المرض في بوادره الأولى مما يكون الشفاء سريع جدا. وعليه يمكن القول بأن إنخفاض المستوى التعليمي له علاقة بالإستجابة للأعراض المرضية وإدراك مخاطر المرض. فالتعليم يعتبر عامل مهم وفعال، يلعب دور أساسي في

إحساس المريض بالألم، الأعراض المرضية والإستجابة لها. فالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة أكثر وعيا صحيا ووقائيا وأكثر إستجابة للألم عكس المرضى الأقل تعليما، فهم أقل إستجابة للمرض بسبب جهلهم للأمور الصحية. وبالتالي فإن الخلفية الثقافية المرتبطة بالصحة للمريض تؤثر تأثيرا فعالا في الإستجابة للمرض وفي العلاقة طبيب-مريض.

جدول رقم (58): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وتأثيره على تجريب الأعشاب الطبية لمعالجة المرض المزمن منذ الإصابة بالمرض المزمن.

تجريب الأعشاب / المستوى التعليمي	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع الكلي
	الإستمرار	عدم الإستمرار			
أمي	67 % 47.86	16 % 11.43	83 % 59.29	57 % 40.71	140 % 100
إبتدائي	30 % 37.50	08 % 10	38 % 47.50	42 % 52.50	80 % 100
متوسط	09 % 32.14	06 % 21.43	15 % 53.57	13 % 46.43	28 % 100
ثانوي	07 % 18.42	06 % 15.79	13 % 34.21	25 % 65.79	38 % 100
جامعي	06 % 42.86	01 % 7.14	07 % 50	07 % 50	14 % 100
الموع	119 % 39.67	37 % 12.33	156 % 52	144 % 48	300 % 100

جدول رقم (59): يوضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بممارسة الوصفات الشعبية العلاجية لعلاج المرض المزمن.

ممارسة وصفات / المستوى التعليمي	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع الكلي
	بإستمرار	أحيانا			
أمي	53 %37.86	31 % 22.14	84 % 60	56 % 40	140 % 100
إبتدائي	26 % 32.50	11 % 13.75	37 % 46.25	43 % 53.75	80 % 100
متوسط	11 % 39.29	04 % 14.28	15 % 53.58	13 % 46.43	28 % 100
ثانوي	06 % 15.78	05 % 13.16	11 % 28.94	27 % 71.06	38 % 100
جامعي	05 % 35.72	01 % 7.14	06 % 42.86	8 % 57.14	14 % 100
الموع	101 % 33.67	52 % 17.33	153 % 51	147 % 49	300 % 100

جدول رقم (60): يمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بمدى معالجة المرض مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

مدى معالجة المرض بالطرق غير الطبية / المستوى التعليمي	نعم			الموع الجزئي	لا	الموع الكلي
	الإستشفاء بالأولياء	الأعشاب الطبية	الحجامة والرقية			
أمي	01 % 0.72	83 % 59.28	11 % 7.86	95 %67.86	45 % 32.14	140 % 100
إبتدائي	- -	35 % 43.75	05 % 6.25	40 % 50	40 % 50	80 % 100
متوسط	- -	14 % 50	01 % 3.57	15 %53.57	13 %46.43	28 % 100
ثانوي	- -	11 % 28.95	03 % 7.89	14 %36.84	24 %63.16	38 % 100
جامعي	- -	06 % 42.86	- -	06 % 42.86	08 % 57.14	14 % 100
الموع	01 % 0.34	149 % 49.67	20 % 6.67	170 % 56.67	130 % 43.33	300 % 100

تدل بيانات الجدول رقم (58) على أن نسبة 52 % من أصل 300 مريض، قد جربوا الأعشاب الطبية في حياتم اليومية لعلاج مرضهم المزمن، من بينهم 39.67 % إستمروا في تجريبها ونسبة 12.33 % تخلوا عنها لأسباب معينة منها عدم نفعها وأيضا تأثيرها على صحتهم مقابل ذلك نسبة 48 % من المبحوثين لم يجربوا الأعشاب الطبية.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي، تبين لنا أن الفئات التعليمية المنخفضة هي الأكثر تجريبا لهذا النوع من العلاج، إذ نجد نسبة 59.29 % من الأميين جربوا الأعشاب الطبيبة منهم 47.86 % إستمروا في تجريبها وإستعمالها ونسبة 11.43 % تخلى عنها مقابل نسبة 40.71% من الأميين لم يجربوا الأعشاب الطبية في حياتم اليومية.

أما بالنسبة لذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 53.57 % جربوا الأعشاب الطبية من بينهم 32.14 % إستمروا في تجريبها ونسبة 21.43 % لم يستمروا في تجريبها. وهذا مقابل نسبة 46.43 % من نفس فئة المستوى التعليمي لم يجبروا الأعشاب الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

وفي نفس السياق، نسجل نسبة 50% من الجامعيين جربوا الأعشاب الطبية، حيث نجد من بينهم نسبة 42.86 % إستمروا في تجريبها ونسبة 7.14 % تخلوا عن ممارستها وهذا يقابله نسبة 50% من الجامعيين لم يجربوا في حياتم الأعشاب الطبية.

في حين نجد فئة المرضى من المستوى التعليمي الإبتدائي يمثلون نسبة 47.50 % منهم جربوا الأعشاب الطبية، حيث نجد نسبة 37.50 % تستعمل الأعشاب الطبية حتى اليوم ونسبة 10 % تركت الأعشاب الطبية لسبب ما. مقابل نسبة 52.50 % لم تستعمل الأعشاب الطبية في حياتا المرضية.

وإذا اتجهنا إلى المستويات التعليمية المرتفعة، فإن النسبة تنخفض عند الثانويين الذين مثلوا نسبة 34.21% في صنف تجريب الأعشاب الطبية أي نسبة 18.42 % إستمروا في تجريبها ونسبة 15.79 % عدم الإستمرار في تجريبها، مقابل نسبة 65.79 % في صنف عدم تجريب الأعشاب الطبية.

إن أغلبية المبحوثين يمارسون وصفات شعبية علاجية لعلاج مرضهم المزمن، حيث أن هذا النوع من المرض غالبا ما يبدأ بالعلاج الرسمي الطب الحديث وينتهي بالعلاج غير الرسمي. والملاحظ في أيامنا هذه إنتشار الطب الشعبي في المجتمع الجزائري وإستعماله إلى جانب الطب الحديث، حيث أن بعض المرضى يمارسون الوصفات الشعبية العلاجية التقليدية والدواء الكيميائي في نفس الوقت بإختلاف مستواهم التعليمي. إذ أن الترويج بأهمية الطب التقليدي في البرامج التلفزيونية والبرابول وحتى عند عامة الشعب ساعد المرضى على تجريب هذا النوع من العلاج مثل إستخدام الزنجبيل. وهذا ما يبرزه الجدول الآتي الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بممارسة الوصفات الشعبية العلاجية التقليدية لعلاج المرض المزمن.

إنطلاقا من البيانات الواردة في الجدول رقم (59)، يتضح لنا جليا، أن الإتجاه العام يتجه نحو فئة المبحوثين الذين يمارسون وصفات علاجية شعبية تقليدية، و ذلك بنسبة 51 % مقارنة بنسبة 49 % من أفراد العينة الذين لا يمارسون وصفات شعبية تقليدية لعلاج مرضهم المزمن.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو المستوى التعليمي إتضح لنا أن له تأثير على ممارسة وصفات شعبية تقليدية لعلاج المرض المزمن، حيث قدرت نسبة المرضى الذين مستواهم التعليمي أمي ويمارسون وصفات تقليدية بنسبة 60 % تتوزع بنسبة 37.86% ممارسة الوصفات التقليدية بإستمرار و نسبة 22.14% في صنف أحيانا. مقابل نسبة 40 % من الأميين لا يمارسون وصفات تقليدية لعلاج مرضهم المزمن.

في الحين نفسه، نجد نسبة متقاربة للأولى، حيث أن فئة المبحوثين الذين مستواهم التعليمي متوسط، مثلوا نسبة 53.57 % يمارسون وصفات شعبية تقليدية لعلاج مرضهم المزمن، ومن بينهم نجد نسبة 39.29% يمارسون أعشاب طبية بإستمرار و نسبة 14.28% يمارسونا أحيانا. مقابل نسبة 46.43 % فقط من المبحوثين لا يمارسون وصفات شعبية علاجية لمرضهم المزمن.

أما بالنسبة لفئة المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، فنجد نسبة 46.25 % يمارسون وصفات شعبية تقليدية لعلاج مرضهم. إذ نجد نسبة 32.50% تكون ممارسة الأعشاب الطبية بإستمرار ونسبة 13.75% ممارسة الأعشاب الطبية أحيانا. مقابل ذلك نسبة 53.75 % لا يمارسون وصفات شعبية علاجية لعلاج مرضهم المزمن.

وفي المقابل فإن فئة المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الجامعي مثلوا نسبة 42.86% مرضى جامعيين يمارسون وصفات شعبية علاجية، من بينهم نسبة 35.72% من المرضى يمارسون هذه الوصفات بإستمرار ونسبة 7.14% يمارسونا أحيانا. مقابل نسبة 57.14 % من المبحوثين الجامعيين لا يمارسون وصفات شعبية علاجية لعلاج مرضهم المزمن.

وفي ختام هذه القـراءة، فإننا نلاحظ أن أفراد عينتنا ذو المستوى التعليمي الثانوي قدرت نسبتهم بـ 28.94 % يمارسون وصفات شعبية تقليدية. ومن بينهم نجد نسبة 15.78% منهم يمارسون الأعشاب الطبية بإستمرار ونسبة 13.16% يمارسون الأعشاب الطبية أحيانا. مقابل نسبة 71.06 % من المرضى ذوي المستوى التعليمي الثانوي لا يمارسون وصفات شعبية تقليدية لعلاج مرضهم المزمن.

توصلنا من خلال نتائج دراستنا وبالضبط من معطيات الجدول رقم (60)، إلى أن النسبة الغالبة بين أفراد عينتنا، هي نسبة المرضى الذين يعالجون مرضهم بطرق غير طبية، بنسبة تقدر بـ 56.67 % من الموع الكلي للمبحوثين مقابل نسبة 43.33% من المرضى لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية. وبإدخالنا للمتغير المستقل، وهو المستوى التعليمي على المتغير التابع المتمثل في معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية، فكانت المواظبة ترتكز عند الفئات التي مستواها التعليمي أمي، بنسبة 67.86 % لدى المرضى الأميين المعالجين مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية، مقابل نسبة 32.14% من نفس فئة المستوى التعليمي لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية. وفي نفس السياق فإن أهم الطرق التي يعتمد عليها الأميين في معالجة مرضهم المزمن نجد الإستشفاء بالأولياء بنسبة 0.72 %، الأعشاب الطبية بنسبة 59.28 % وأخيرا الحجامة والرقية بنسبة 7.86 % من مجموع الأميين المعتمدين على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

في حين نجد المرضى الذين مستواهم التعليمي متوسط ويعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبيـة نسبة 53.57 % مقابل نسبة 46.43 % من نفس فئة المستوى التعليمي الذين لا يعتمدون على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن. بحيث سجلنا نسب متفاوتة عند المرضى ذوي المستوى التعليمي المتوسط والذين يعتمدون على الطرق غير الطبية والمتمثلة في الأعشاب الطبية بنسبة 50 % والحجامة والرقية بنسبة 3.57%.

أما بالنسبة لفئة المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، فإننا سجلنا نسبة متساوية في صنف العلاج بالطرق غير الطبية وفي صنف العلاج بالطرق الطبية، وذلك بنسبة 50 % لكلا الصنفين. وإذا تكلما على الطرق غير الطبية التي تعتمد عليها هذه الفئة من المبحوثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، نجد الأعشاب الطبية بنسبة 43.75 % والحجامة والرقية نسبة 6.25 % من مجموع المبحوثين المعتمدين على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

وفي نفس السياق، فإن المبحوثين الجامعيين مثلوا نسبة 42.86 % يعتمدون على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن ونسبة 57.14 % لا يعتمدون على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن. ونسجل

في هذا الصدد نسبة 42.86 % من المبحوثين الجامعيين يعتمدون على الأعشاب الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

وأخيرا نجد المبحوثين ذوي المستوى التعليمي الثانوي، حيث قدرت نسبة الذين يمارسون طرق غير طبية لعلاج مرضهم المزمن بـ 36.84 %. وتتوزع هذه النسبة بين إستعمال الأعشاب الطبية بنسبة 28.95% ونسبة 7.89 % يعتمدون على الحجامة والرقية. وهذا يقابله كله نسبة 63.16 % من الثانويين الذين لا يعتمدون على الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

نستنتج من معطيات الجداول السابقة، أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمريض وإستعمال الأعشاب الطبية والعلاج غير الطبي، إذ أن إرتفاع المستوى التعليمي للمريض يقابله إرتفاع في نسبة الوعي الصحي والعكس صحيح. إذ أن الأميين أكثر إستعمالا لهذا النوع من العلاج. وهذا يعود إلى عدة أسباب أهمها اللامبالاة، قلة الثقافة الصحية، الغفلة والجهل بذه الطرق غير الطبية. والدليل على ذلك تصريح المريضة التي تقول "أنا استعملت عشبة قالولي عليها أشربيها يحبطلك السكر وتنحي لنسولين كي أشربتها أوصلت للكومة، شحال من نار ونا مريضة". ويضيف مريض آخر "دوا العشب لازم الواحد يعرف يخدمو ماشي أرواح وديرو، لازم الكيل". وهذا يدل على أن ممارسة الأعشاب الطبية يتطلب ثقافة حول هذا العلاج لكي لا يقع المريض في الخطأ.

إن تزايد عدد المصابين بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري شجّع على إنتشار ظاهرة التداوي بالأعشاب وبيعها في الأسواق الجزائرية، حيث أن الفئات المنخفضة في المستوى التعليمي والمسنين هم الأكثر ترددا على هؤلاء الباعة، فنجدهم يستعملون الطب الحديث والطب التقليدي في آن واحد، عدم تضييع الفرص دون أي إهتمام أو مبالاة بذه الممارسة. فغالبا ما يلجأ المريض في حالة هذه الأمراض إلى الطب الحديث وينتهي به المطاف بالطب التقليدي. وعليه فإن الثقافة الشعبية وما تتضمنه من ممارسات وتمسك بالعادات المرتبطة بذا النوع من العلاج تكون عامل مهم في إستعمال هذا الطب التقليدي، فالثقافة التي ينتمي إليها الفرد والتي تشمل القيم والمعتقدات يمكن أن تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الصحة، خاصة إذا تعلق الأمر بتثقيف المرضى صحيا، إقناعهم بالإبتعاد والتخلي عن معتقداتم الخاطئة وتغيير أفكارهم وعاداتم المضرة بالصحة والتمسك بعادات صحية جديدة. ولهذا فإن الأمية المنتشرة في أوساط المرضى المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب، تجعل هذه العملية صعبة المنال. فالطبيب يجد صعوبة في علاقته مع المريض وفي فتح الحوار وحتى الإتصال الذي يعتبر وسيط في عملية التفاعل الإجتماعي. وإذا كانت الأمية منتشرة بين المرضى يؤدي هذا الإنتشار إلى إنخفاض الثقافة الصحية لدى هذه الشريحة. ويعني ذلك عدم تعاون المريض مع الطبيب وبالتالي خلق عدم الإستقرار والثبات في النسق الطبي. فالأطباء يجدون صعوبة في تحقيق هدفهم المحدد من خلال دورهم الإجتماعي.

- إستنتاج الفرضية الثانية:

إنطلاقا من نتائج الفرضية الثانية التي تدف إلى معرفة ما مدى تأثير المستوى التعليمي للمريض على إكتساب الثقافة الصحية توصلنا إلى مجموعة من الإستنتاجات التي سوف نبرزها على النحو التالي:

لقد إتضح جليا من بيانات الجداول السابقة أن المستوى التعليمي للمريض يؤثر في معلوماته وإكتسابه للمعرفة الصحية حول المرض المزمن ومخاطره. فكلما إرتفع المستوى التعليمي كلما زادت درجة الوعي الصحي، حيث أن هبة التمع لا تقاس فقط بالتقدم العلمي، وإنما تقاس أيضا بدرجة وعي أفراده. فإرتفاع المستوى الصحي للمجتمع يتوقف على نوعية الخدمات الإجتماعية والصحية وعلى مدى نضج أعضائه إجتماعيا وتربيتهم صحيا. فإذا إنعدم الوعي الصحي لدى الفرد، فإن النسق الطبي لا يمكنه تأدية وظائفه كما يجب ولا يحقق أهدافه بل يحدث خلل وظيفي، عدم وجود ضبط إجتماعي. فهذا الأخير في المؤسسة الصحية مرتبط بدور كل من الطبيب والمريض والذي هو مجموعة من الحقوق والواجبات حددها التمع لكلاهما. وهما دوران متكاملان.

وفي سياق الحديث، فإن نجاح التوعية الصحية وفعاليتها مرتبط بالمستوى التعليمي الذي يعتبر محددا هام جدا في إكتساب الثقافة الصحية التي يقوم بنشرها كل من الطبيب ووسائل الإعلام. إذ أثبتت نتائج دراستنا الحالية أن للطبيب دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض المصاب بمرض مزمن، كداء السكري، الضغط الدموي والقلب. فبمجرد تشخيص المرض المزمن، الطبيب يقوم بشرح للمصاب وأسرته المرض، أعراضه، مضاعفاته وأهم الإحتياطات الوقائية الواجب إتخاذها في الحياة اليومية. وهذه العملية هي عملية تثقيفية تبدأ مع بداية المرض وتستمر مع الوقت حتى وفاة الشخص أو إنقطاعه عن المعالجة الطبية. لذا يمكن القول أن الطبيب يمارس مهنته من خلال تشخيص المرض، العلاج وتثقيف المريض صحيا سواء كان يتقن هذه العملية الأخيرة أو لا يتقنها. وفي هذا الصدد قد يجد صعوبة في نشر تعاليمه ومعرفته الصحية إلى المرضى نتيجة عدة عوامل منها ما هو مرتبط بالعوامل الشخصية، عوامل إجتماعية وحتى عوامل نفسية. ويعتبر المستوى التعليمي عامل فعال في التوعية الصحية، لأن تسيير المرض المزمن يتوقف على توفر ثقافة صحية لدى المريض والإستمرار في البحث عن المعلومات الصحية، حيث أن المصابين ذوي المستويات التعليمية المنخفضة إكتفوا فقط بالمعلومات التي قدمها لهم الطبيب وإعتبروها كافية تساعدهم على التكيف مع المرض بطريقة عادية وهي نسبة مرتفعة جدا بين أوساط المرضى عكس ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الذين يسعون دائما إلى البحث عن معلومات إضافية بإستمرار سواء من مصادر مباشرة أو غير مباشرة. ونتيجة لذلك، ينموا رصيدهم المعرفي وثقافتهم الصحية وتترجم في شكل ممارسات صحية.

إن إرتفاع المستوى التعليمي للمريض يتبعه حتما توفر معرفة صحية حول المرض المزمن خاصة عند فئة الجامعيين والثانويين، وهذا بسبب الرصيد المعرفي والثقافي لهؤلاء وحتى وجود الرغبة والإرادة في تحقيق

الشفاء الطبيعي. وقد أدّت وسائل الإعلام دور مهم جدا في نشر التربية الصحية بين أوساط المرضى الذين يطّلعون على المواضيع الطبية التي تمهم. وأيضا الإتصال الدائم بذوي الخبرة يثري المعرفة الصحية ويزيد من الوعي الصحي. ونجد عكس ذلك عند فئة المستويات التعليمية المنخفضة. فإنخفاض المستوى التعليمي يتبعه حتما قلة المعلومات الصحية لدى المرضى كونهم يعيشون في وسط محدود، قليلي الإحتكاك بأهل الخبرة والمعرفة في المال الطبي، كما أن الأمية والجهل يعيقان من نشر التوعية الصحية ومن الإستفادة من الخدمات الإشهارية وما ينشر في الجرائد، الكتب والمجلات. وفي نفس السياق المستوى التعليمي يؤثر على نشر التربية الصحية و نجاح العلاقة مع الطبيب. لذا فإن هذا الأخير يجد صعوبة في بناء هذه العلاقة مع المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة الذين لا يتمتعون بالإرادة والعزيمة. وفي هذا المجال، فإن الأميين غالبا ما يلجئون للخدمة الصحية في الحالات المستعصية وهي اليأس من الشفاء. فبعد تجريب كل البدائل العلاجية ونتيجة تطور المرض يصعب الشفاء، فيفقد المريض الأمل ويلجأ إلى الطبيب، وهذا يدل بأن الدافع الحقيقي للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء. وقد يكون الإيمان بفعالية الطب الشعبي والتمسك بالثقافة التقليدية أهم سبب عند هذه الفئة للتباطؤ في إستشارة الأطباء عكس ذوي المستويات التعليمية المرتفعة، حيث يوجد إرتباط بين المستوى التعليمي والإيمان بفعالية الطب الشعبي وأيضا الموافقة على الأمثال الشعبية. فالأميين أكثر إيمانا بذه الثقافة السائدة في المجتمع، وهم الأكثر معرفة بالوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن نتيجة إنخفاض مستواهم التعليمي وتمسكهم بثقافة الأجداد والآباء في مجال علاج الأمراض. وهي تنشئة ثقافية صحية تعلمها الأفراد خاصة المسنين الذين يشاطرون المثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن التمسك بذه الثقافة راجع إلى إنتشار ظاهرة الطب الشعبي في المجتمع الجزائري وكثرة الباعة في هذا التخصص سواء كانوا يتقنون هذه الحرفة أو لأسباب الربح فقط نتيجة تزايد نسبة الأمراض المزمنة.

إضافة على ما سبق ذكره، فإن المستوى التعليمي يؤثر ولو نسبيا على القرار الطبي المتبع، سواء إتباع إرشادات ونصائح الطبيب فقط أو إتباع العلاج الطبيعي أو إتباع النوعين معا. فالأغلبية من المرضى صرّحت على إتباع إرشادات الطبيب ونصائحه فقط، حيث نجد نسبة كبيرة من ذوي المستويات التعليمية المرتفعة تتمسك بذا القرار عكس المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة فهم أقل تمسكا بذا التصريح، ويعود السبب أساسا إلى اللاّمبالاة وإنعدام الوعي الصحي الذي يدل على نقص الثقافة الصحية عند هذه الفئة. وهذا ما أبرزته هذه الدراسة التي تؤكد على أن إكتساب المعرفة الصحية، إستيعاب وتفهم النصائح مرتبط إرتباطا قويا مع المستوى التعليمي للمريض. فكلما إرتفع المستوى التعليمي كلما كانت درجة الإستيعاب للتعليمات الطبية قوية والعكس صحيح، إذ أن الأميين أقل تنفيذا للنصائح الطبية، أقل تفتحا ومناقشة، أي أقل حوارا وإتصالا مع الطبيب. وأسباب ذلك تعود بالدرجة الأولى إلى الخجل، الخوف وعدم الإرتياح. وهذا كله يؤثر سلبا على العلاقة بين الطبيب والمريض وعلى عملية العلاج. إذ أن

الطبيب تذهب أعماله سدا دون أي فائدة، كأنه يعمل في حلقة مفرغة. لا تستوعب ولا تنفذ نصائحه بشكل جيد، وبالتالي نقص واضح في الثقافة الصحية. والتي يبرز مدلولها من خلال مدى قدرة المريض على تغيير نمط حياته، أي ممارسة سلوكات صحية تساعده على الحفاظ على صحته الطبيعية كبقية البشر العاديين. وفي هذا الصدد، نجد الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة أقل تنفيذا لنصائح الطبيب بإستمرار خاصة الجنس الأنثوي، حيث أن تنفيذ الإحتياطات الوقائية اللازمة لتفادي المخاطر الصحية يكون أقل عند فئة المستويات التعليمية المنخفضة، وهذا راجع إلى نقص الوعي الصحي، اللامبالاة، الجهل والأمية أي نقص الثقافة الصحية. وبالرغم من الدور الإيجابي الذي يلعبه الفاعلين في النسق الطبي بما فيهم الطبيب في تزويد المريض بالمعلومات الصحية، إلا أن الأميين متجاهلين تماما هذه الإحتياطات بسبب جهلهم لأهميتها من جهة وصعوبة إستيعابا بطريقة صحيحة من جهة أخرى. ونتيجة لذلك، وتعمقا في النتائج السابقة إستعنا بعدة إحتياطات لتوضيح الصورة أكثر فأكثر، حيث أن هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي وإتباع نظام غذائي معين. فذوي المستويات التعليمية المنخفضة لا يحافظون على الريجيم بإستمرار. فهم يتبعون سلوكات غذائية غير صحية تتنافى مع التعليمات الطبية نتيجة نقص ثقافتهم الصحية وجهلهم بأهمية هذه النصيحة لما لهذا الريجيم من فوائد للجسم .وفي هذه الحالة المريض لا يملك القدرة، الرغبة والإرادة على تغيير نمط حياته.

لقد أظهرت نتائج الدراسة أن عدم إتباع نظام غذائي معينا والمحافظة على مواعيد الطعام كميته ونوعه والجانب النفسي إلى جانب مراقبة الحالة المرضية بإستمرار وإتباع الرياضة والحركة والمشي بإنتظام وأيضا تنظيم العمل وتجنب التعب ترتفع النسبة عند ذوي المستويات التعليمية المنخفضة. وهذا يدل على النقص الواضح في الثقافة الصحية لدى هذه الفئة. مما يقودنا إلى الحديث عن مدى تغيير المرضى لنمط حياتهم، والذي له علاقة بالمستوى التعليمي. إذ أن أغلبية المرضى لم يغيروا من نمط حياتهم السابق وترتفع النسبة أكثر عند المستويات التعليمية المنخفضة، حيث أنهم يتبعون سلوكات غير صحية في حياتهم اليومية تتنافى تماما مع التعليمات والإرشادات الطبية نتيجة نقص ثقافتهم الصحية وجهلهم التام بأهمية هذه الإحتياطات الوقائية للمحافظة على الحالة الطبيعية. وفي هذه الحالة يظهر عدم تعاون المريض مع الطبيب الذي سوف يعاني الكثير لتحقيق الهدف بسبب نقص الوعي الصحي لدى مريضه، حيث أن محافظة هذا الأخير على صحته من مسؤولياته وتعتمد أساسا على قوة عزيمته في تحقيق الشفاء الطبيعي والخروج من دور المريض. كما أن إرادته لها دور فعال في الإمتثال للشفاء، وهذا بتنفيذ الإرشادات والتعليمات الطبية، لأن رعاية الطبيب للمريض وحدها لا تكفي، لا بد أن تكون العلاقة علاقة مشاركة متبادلة بين الطرفين خاصة في حالة الأمراض المزمنة.

إن العادات المنتشرة في المجتمع الجزائري تؤثر سلبا على الحالة الصحية للمريض، وقد تؤدي إلى نتائج وخيمة لا يحمد عقباها أهمها إنتشار ظاهرة اللجوء إلى الصيدليات لشراء أدوية دون إستشارة طبية . وقد

ترتفع هذه الظاهرة عند ذوي المستوى التعليمي الأمي والإبتدائي، حيث أن هذه الظاهرة تبرهن المراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، وقد كان اللجوء إلى العلاج التقليدي، بدلا من اللجوء للطبيب في المراحل الأولى، حيث تقدر المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة، وكل ذلك يرتفع عند المستويات التعليمية المنخفضة، وهذا راجع إلى نقص الوعي الصحي واللامبالاة لدى المرضى ومكانة الطب الشعبي في تصورهم.

وفي هذا المنوال، لقد مارس عدد كبير من المرضى الأعشاب الطبية وهم يمارسون وصفات شعبية علاجية أغلبهم من ذوي المستوى التعليمي الأمي والإبتدائي، وبالتالي يعالجون المرض المزمن بالطرق غير الطبية يتصرفون تصرفا شخصيا إنطلاقا من خبراتم وما ورثوه من خلال التنشئة الإجتماعية. وهذا يعيق من إكتساب الثقافة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية.

وإستنادا على ما ذكر سالفا، فإن فرضية بحثنا المتعلقة ب "المستوى التعليمي وعلاقته بإكتساب الثقافة الصحية" قد تحققت في نواحي عديدة منها ما يتعلق بتأثير المستوى التعليمي على إكتساب المعرفة الصحية وأيضا تأثيره على إرادة وعزيمة المريض على مواجهته المرض المزمن وأخيرا علاقة المستوى التعليمي بقدرة المريض على تغيير نمط حياته.

الفصـل الثامــن
الوضع المادي للمريض وتأثيره على الثقافة الصحيـة

- تمهيد.

المطلب الأول: الدخل الشهري الأسري وتأثيره على رغبة المريض وإرادته في الشفاء.

المطلب الثاني: الأوضاع المادية للمريض وتأثيرها على الممارسات الصحية.

المطلب الثالث: الطبقة الإجتماعية ونمط الإستجابة للمرض.

- إستنتاج الفرضية الثالثة.

- تمهيـــد:

سوف نتطرق في هذا الفصل من الدراسة الميدانية إلى تحليل نتائج الفرضية المتعلقة بالوضع المادي للمريض وعلاقته بثقافته الصحية، حيث أن المستوى المعيشي له بعد إجتماعي ذو تأثير مباشر على إكتساب المعلومات الصحية وترجمتها إلى سلوكات صحية في النظام الجديد للحياة تماشيا مع تعليمات الطبيب. وكما هو معلوم فإن الدخل الشهري يمثل أحد المؤشرات القوية لقياس المستوى المعيشي للفرد، ولهذا إكتفينا في بحثنا هذا على إستخدام الدخل الشهري كمؤشر لمعرفة تأثيره على ممارسات المرضى، فهو غالبا ما يكون متغير سوسيولوجي وإقتصادي فعال في تحديد مكانة الشخص الإجتماعية وسلمه الإجتماعي وحتى الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها. فهذا المتغير له دور فعال في تلبية الإحتياجات الإجتماعية، الإقتصادية والصحية وسد متطلبات الحياة من غذاء، مسكن، ملبس وحتى الضروريات الصحية. إذ أن هناك علاقة الموجودة بين المستوى المعيشي للأفراد وصحتهم، فالفقر هو المؤشر الوحيد لتخلف البلدان في المال الصحي، من حيث رعاية مرضاهم وأهم الخدمات الصحية المقدمة لهم، توفير الأدوية والمعدات الطبية وغير ذلك، وهذا ينطبق أيضا على الفرد إذ أن الفقراء هم أقل توفيرا للعلاج والدواء وحتى الأغذية التي تساعدهم على تحصين الجسم من المرض. وأيضا هم الأكثر تباطؤا في إستشارة الأطباء. وعلى إثر ذلك، سوف نحاول تخصيص هذا الفصل لتحليل فرضية بحثنا التي تسعى إلى الكشف عن مدى وجود علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض وثقافته الصحية. وللتأكد من صحة هذه الفرضية أو نفيها فإن نتائج الدراسة الميدانية تترجم في الجداول المنجزة لهذا الغرض، والتي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع. وسوف نعالج في هذا الصدد الجداول الإحصائية من خلال العناصر التالية المدونة في الصفحات اللاحقة.

المطلب الأول: الدخل الشهري الأسري وتأثيره على رغبة المريض وإرادته في الشفاء:

نحاول من خلال هذا العنصر إكتشاف العلاقات السببية الموجودة بين الدخل الشهري لرب الأسرة وإرادة وعزيمة المريض في المحافظة على حالته الصحية الطبيعية، وذلك من خلال ترجمة دوره الإجتماعي الذي تطرق إليه عالم الإجتماع تالكوت بارسونز Talcott Parsons* ، بإعتبار أن من أهم إلتزامات المصاب البحث عن المساعدة الطبية، وبالتالي البحث عن شفاء لحالته المرضية. ولهذا نطرح السؤال التالي: هل تتوفر لدى المريض الإرادة والرغبة في الشفاء؟ والإجابة على هذا السؤال تبرزها الجداول الإحصائية التالية.

جدول رقم (61): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بنوعية القرار الطبي المتبع من طرف المريض.

القرار الطبي / الدخل الشهري الأسري	إتباع إرشادات الطبيب	إتباع العلاج الطبيعي	إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي معا	الموع
[أقل من 10.000 دج[	106 % 59.55	06 % 3.37	66 % 37.08	178 % 100
[10.000-20.000دج[	54 % 62.07	04 % 4.60	29 % 33.33	87 % 100
20.000-30.000دج[	15 % 60	03 % 12	07 % 28	25 % 100
[30.000- فأكثر[	06 % 60	- -	04 % 40	10 % 100
الموع	181 % 60.33	13 % 4.33	106 % 35.34	300 % 100

نستشف من خلال معطيات الجدول أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان قرارهم الطبي هو إتباع تعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 60.33 % مقارنة بنسبة 4.33 % كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونسبة 35.34% قرارهم الطبي إنصب حول إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي في آن واحد.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري، إستنبطنا نتيجة جد هامة من الجدول، وهي أن الدخل يؤثر على نوعية القرار الطبي المتخذ. إذ أن المبحوثين ذوي الدخل الشهري الأسري المرتفع والمتوسط هم الأكثر إتباعا لإرشادات الطبيب حسب تصريحهم. وذلك بنسبة متفاوتة مقارنة بالمبحوثين الذين كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي وإتباع النوعين معا.

* أنظر إلى مفهوم الدور الإجتماعي الذي تطرق إليه تالكوت بارسونز Talcott Parsons في الفصل الثالث عنصر العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى.

إن أغلبية المبحوثين الذين كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب نجد من بينهم نسبة 62.07 % دخلهم الشهري متوسط يتراوح ما بين [10.000-20.000دج[مقارنة بنسبة 4.60 % من المبحوثين قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونسبة 33.33 % من المبحوثين قرارهم الطبي إتباع تعليمات الطبيب والعلاج الطبيعي معا من نفس فئة الدخل.

وبإرتفاع الدخل الشهري يتبعه إنخفاض طفيف نوعا ما في نسبة المبحوثين الذين كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب. وفي هذا الصدد، نجد أن فئة الدخل [20.000-30.000دج[مثلوا نسبة 60 % من المبحوثين قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب مقابل نسبة 12 % من المبحوثين قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونسبة 28 % من المبحوثين كان قرارهم الطبي إتباع النوعين معا.

أما بالنسبة لفئة الدخل [30.000-فأكثر[يتوزعون المبحوثين كما يلي: نسبة 60 % في صنف إتباع إرشادات الطبيب مقابل نسبة 40 % في صنف إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي في آن واحد.

وأخيرا فإن أفراد العينة ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض والمتمثل في فئة الدخل أقل من مليون مثلوا نسبة 59.55% كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب مقابل نسبة 3.37% من نفس فئة الدخل قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي فقط ونسبة 37.08% من المبحوثين منخفضي الدخل قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي معا.

إستنادا على القراءة الإحصائية السابقة للجدول، نرى بأن الدخل الشهري الأسري له تأثير بنوعية القرار الطبي، إذ أن المرضى ذوي المستوى المعيشي المرتفع والمتوسط غالبا ما يقررون إتباع العلاج الطبي وإرشادات وتوجيهات الطبيب دون اللجوء إلى العلاج الطبيعي، لأن المال متوفر وبفضله يمكن التحصل على أي شيء، وكما يقال "الدراهم يبنوا طريق في البحر". أما بالنسبة للفقراء فإن هذا المشكل يقف كعائق أمام تحقيق تنمية صحية وأيضا التأثير على إتخاذ القرارات الطبية، فأول شيء يتبادر إلى ذهن الفقير هو أن التفكير في الذهاب للطبيب سوف يؤدي به إلى الإنفاق والتكلفة المالية. وهذا يؤدي إلى عدم تعاون المريض مع الطبيب مما ينعكس سلبا في تأدية النسق الطبي لوظائفه والحفاظ على الإستقرار والثبات.

إن المريض غالبا ما يتخذ قرارات تكون مناسبة لظروفه المحيطة به وأهمها الظروف المادية، لأن الإستجابة للمرض تتأثر بعدة عوامل أهمها الظروف السوسيو-إقتصادية. وأيضا أن عملية التثقيف الصحي وتزويد الشخص بالثقافة الصحية تتأثر بظروفه المادية التي تؤثر بدورها على العلاقة بينه وبين طبيبه. ونتيجة لهذا فإن المريض لا يستوعب المعلومات جيدا وإن إستوعبها فإنه لا يطبقها في نظام حياته، حيث يعتبر هذا المشكل معوقا من معوقات التكيف في النسق الطبي. وقد ينشر الطبيب التربية الصحية في أوساط المرضى بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فدوره يفرض عليه القيام بذه العملية سواء كان يتقن ذلك العمل أو لا.

وفي هذا الإطار وإستنادا على الجدول السابق، وتكملة له، نحاول معرفة مدى تأثير الدخل الشهري الأسري للمريض على مدى تناسب الإرشادات الطبية. وكانت النتائج موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (62): يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بمدى تناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياة المريض.

مدى تناسب الإرشادات / الدخل الشهري الأسري	نعم	لا	أحيانا	الموع
[أقل من 10.000 دج[	47 % 26.40	123 % 69.10	08 % 4.50	178 % 100
[10.000-20.000دج[	44 % 50.57	43 % 49.43	- -	87 % 100
[20.000-30.000دج[	19 % 76	05 % 20	01 % 4	25 % 100
[30.000- فأكثر[	06 % 60	04 % 40	- -	10 % 100
الموع	116 % 38.67	175 % 58.33	09 % 3	300 % 100

جدول رقم (63): يمثل توزيع أفراد العينة الذين لا تتناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياتم حسب الأسباب.

أسباب عدم التناسب مع نمط الحياة	التكرار	النسبة %
الظروف المادية صعبة	153	85
العادات والتقاليد لا تسمح بذلك	07	3.88
المكانة والدور في الأسرة	07	3.88
الأفكار والمعتقدات	10	5.56
المشاكل	02	1.12
الإستهزاء، النسيان والخطأ	01	0.56
الموع	*180	100

ملاحظة: قدر الموع بـ 108 مبحوث. وهذا راجع إلى ذكر عدة أسباب.

يعتبر نشر التربية الصحية بين المرضى المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب عملية مهمة وفعالة في التحكم في المرض ومسايرته. وهذه العملية يقوم با المثقف الصحي بما في ذلك الطبيب والممرض (ة) الذي يقوم بتنشئة المريض صحيا سواء بطرق مباشرة أو غير مباشرة. وفي هذا الإطار فإن القراءة الإحصائية للجدول رقم (62) توضح أن نسبة كبيرة من المبحوثين كانت إجاباتم بأن إرشادات ونصائح الطبيب لا تتناسب مع نمط حياتم، وذلك بنسبة تقدر بـ 58.33 % مقارنة بنسبة

38.67 % فقط من المبحوثين تتناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياتم ونسبة 3 % من المبحوثين كانت إجاباتم أحيانا تتناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياتم وأحيانا لا.

إن أغلبية المبحوثين الذين لا تتناسب إرشادات الطبيب ونصائحه مع نمط حياتم دخلهم الشهري الأسري ضعيف أي أقل من 10.000 دج، وذلك بنسبة تقدر بـ 69.10 % مقابل نسبة 26.40 % من نفس الدخل تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم ونسبة 4.50 % من المبحوثين أحيانا تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم وأحيانا لا وهم من نفس فئة الدخل المنخفض.

وبإرتفاع الدخل الشهري للمريض تقل نسبة المرضى الذين لا تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم، إذ نجد أن فئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[يمثلون نسبة 49.43 % من المبحوثين لا تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم مقابل نسبة 50.57 % من أفراد العينة تتناسب نصائح وإرشادات الطبيب مع نمط حياتم.

أما في المرتبة الثالثة، والمتمثلة في فئة الدخل الشهري الأسري [30.000 دج فأكثر[، فنجد نسبة 40% من المبحوثين الذين لا تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم مقابل نسبة 60 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتم.

وفي آخر المراتب، نجد فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[، حيث تتوزع هذه الفئة بنسبة 20 % بالنسبة للمبحوثين الذين أكدوا بعدم تناسب نصائح الطبيب مع ظروف حياتم مقابل نسبة 76 % من نفس فئة الدخل من المبحوثين الذين تتناسب نصائح الطبيب مع ظروف حياتم اليومية ونسبة ضعيفة تقدر بـ 4 % بالنسبة للمبحوثين من نفس فئة الدخل والذين تتناسب تعليمات ونصائح الطبيب أحيانا مع ظروف حياتم. وفي هذا الصدد، فإن عدم تناسب نصائح الطبيب مع ظروف حياتم يرجع أساسا إلى ظروفهم المعيشية الصعبة التي يعيشونا.

بالرغم من أن "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" يبرز واجبات المريض من خلال بحثه عن الشفاء لحالته المرضية ورغبته وإرادته في ذلك، إلا أن الظروف المادية تبقى من أهم المعوقات التي تعيق المريض من أدائه لواجبه، حيث أن الطبيب غالبا ما يفرض على مريضه إتباع نمط معين في حياته الجديدة، ولكن قد يجد هذا الأخير نفسه أمام أكبر تحدي في حياته بسبب عدة عوامل أهمها الظروف الإقتصادية المحيطة به والتي لا تسمح له بالدخول في دور المريض والتقيد بالواجبات المفروضة عليه أهمها البحث عن الشفاء والتعاون مع الطبيب للوصول إلى نتائج إيجابية والتمتع بالصحة الطبيعية. وقد يتأكد هذا من خلال أقوال المبحوثين. إذ تصرح مريضة: "الطب يقولك وجديلي كل شي ووفريلي كل شي، الدراهم وراهم".ويمكن القول بأنه بالرغم من الإصلاحات الخاصة في المال الإقتصادي في الجزائر، ونية المسئولين في زيادة الدخل الشهري للمواطن الجزائري، إلا أن القدرة الشرائية له عامة وللمريض المصاب بمرض مزمن خاصة تبقى منخفضة جدا، خاصة مع إرتفاع بعض الأسعار من جهة، وإرتفاع الأدوية من جهة ثانية. فالمريض يجد نفسه ضائعا

وتائها بين نصائح الطبيب وظروفه المعيشية الصعبة، وغير قادر على تنفيذ التعليمات الطبية، حيث ليس كل الأطباء يراعون الظروف المعيشية لمرضاهم. وهذا ينتج عنه الفشل في التعاون معهم. وفي هذا الصدد المصاب بالرغم من إكتسابه المعلومات الصحية، إلا أن مستواه المعيشي يقف كعائق أمام ترجمة هذه المعلومات الصحية إلى سلوكات وممارسات في نظام حياته، مما يحدث خلل في النسق الطبي وفي العلاقة بينه وبين طبيبه والتي يسودها في هذه الحالة إنعدام الثقة بين الطرفين، قلة التعاون وزيادة التوتر والصراعات بينهما. فنتيجة لذلك الطبيب فإن الطبيب أيضا لا يعطي إعتبارا لمريضه ولا يحاول مساعدته. وقد يكون التفاعل بينهما مبني على التشخيص فقط. وعلى ضوء هذا النحو، فإن عدم تناسب إرشادات وتعليمات الطبيب مع الظروف المعيشية للمريض ترجع بالدرجة الأولى إلى الظروف المادية التي تعتبر عامل مهم في الحياة اليومية للفرد المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث أكّد هذا من خلال تصريحات المبحوثين. إذ تصرح مريضة "أنا ما تتناسبش الحاجات لي يقولهملي الطبيب مع كيفا راني عايشة، مكاش الدراهم". وتقول مريضة أخرى "ما نقدرش ندير التحاليل"، إلى جانب هذا تضيف مريضة أخرى "ما نقدرش نتبع الطبيب، قلة الشيء لي قدرت عليه". ونختم أقوال المرضى بذا القول "الدوا غالي، ما نقدرش ندير الريجيم، ما عنديش الدراهم، الطبيب يقولك أشري أشري هذي، أشري هذي وهما غاليين كيفاه ندير ما نشريش".

إستنادا على تصريحات هؤلاء المرضى، فإن إنخفاض القدرة الشرائية للمواطن في المجتمع الجزائري، يعتبر سببا من أسباب فشل العلاقة طبيب- مريض في النسق الطبي الجزائري وعدم التعاون بين الطرفين تعاونا متبادلا، لأن علاج المرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب يفرض تعاونا مشتركا بينهما، حيث أن الطبيب يوظف خبراته ومعلوماته الطبية لعلاج مريضه، تربيته تربية صحية وتنمية وعيه الصحي، وبالتالي عليه مساعدة نفسه بنفسه ومساعدة الطبيب. وذلك من خلال تتبعه لنصائح وإرشادات طبيبه. ففي هذه الحالة ليستمر الطبيب في علاج مريضه يحتاج إلى أهم الملاحظات والتفاصيل عن حالته الصحية والتي يتبعها بنفسه ويسجلها، حيث أنه يشرف على حالته الصحية. فإنطلاقا من هذه الملاحظات التي يقدمها المريض حول حالته الصحية يمكن للطبيب رسم خطة علاجية والإستمرار في تتبع الأسلوب المسطر للعلاج أو إدخال تغيرات على المسار العلاجي بناءا على تفاصيل حول الحالة الصحية. وعليه يمكن القول أن الظروف المادية للشخص تؤثر بالسلب على نوعية الممارسات وعلى تنفيذ التعليمات الطبية.

جدول رقم (64): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية.

الدوافع الحقيقة / الدخل الشهري الأسري	خطورة الحالة المرضية	الحالات المرضية البسيطة	المواعيد الطبية	اليأس من الشفاء	الإطمئنان على الصحة	خبرة سابقة بأقرب الناس	التخصص ونوع المرض	الموع
[أقل من 10.000 دج[	50 % 28.09	25 % 14.04	09 % 5.06	89 % 50	02 % 1.12	01 % 0.56	02 % 1.12	178 % 100
[20.000-10.000دج[	25 % 28.74	15 % 17.24	03 % 3.45	41 % 47.13	02 % 2.30	- -	01 % 1.14	87 % 100
[30.000-20.000دج[	10 % 40	09 % 36	01 % 4	05 % 20	- -	- -	- -	25 % 100
[30.000- فأكثر[	01 % 10	06 % 60	02 % 20	- -	01 % 10	- -	- -	10 % 100
الموع	86 % 28.66	55 % 18.33	15 % 5	135 % 45	05 % 1.67	01 % 0.34	03 % 1	300 % 100

تبرز معطيات الجدول رقم (64)، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري والدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية، إذ أن نتائج البحث أوضحت أن الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية حسب إجابات المبحوثين تمثلت في اليأس من الشفاء بنسبة 45 % مقارنة بنسبة 28.66 % من أفراد العينة دوافعهم الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية هي خطورة الحالة المرضية، نسبة 18.33% في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 5% في صنف المواعيد الطبية، نسبة 1.67% في صنف الإطمئنان على الصحة، نسبة 1 % في صنف التخصص ونوع المرض وأخيرا نسبة 0.34 % في صنف خبرة سابقة بأقرب الناس.

إن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثين الذين كانت إجاباتم حول الدوافع الحقيقية تتمثل في صنف اليأس من الشفاء، هذه الفئة عززت من طرف أفراد العينة الذين دخلهم الشهري الأسري منخفض أقل من 10.000 دج، وذلك بنسبة تقدر بـ 50 % مقابل نسبة 28.09 % من نفس فئة الدخل وهم المبحوثين الذين كانت إجاباتم في صنف خطورة الحالة المرضية، نسبة 14.04 % من المبحوثين من فئة الدخل المنخفض كانت إجاباتم منحصرة في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 5.06% من المبحوثين كانت إجاباتم في صنف المواعيد الطبية، نسبة متساوية وهي 1.12 % لكلا من المبحوثين من فئة الدخل المنخفضة يلجئون للمؤسسة الصحية من خلال دافع الإطمئنان على الصحة وأيضا التخصص ونوع المرض. وأخيرا نسبة 0.56 % في صنف خبرة سابقة بأقرب الناس.

وبإرتفاع الدخل الشهري الأسري تنخفض نسبة المبحوثين الذين كانت إجاباتم اليأس من الشفاء، حيث أن فئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[يتوزعون كما يلي:

نجد نسبة 47.13 % من أفراد العينة إجاباتم إنصبت في صنف اليأس من الشفاء مقابل نسبة 28.74 % من المبحوثين إجاباتم تمحورت في صنف خطورة الحالة المرضية، نسبة 17.24 % من أفراد العينة من نفس الدخل إجاباتم كانت في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 3.45 % من المبحوثين كانت إجاباتم في صنف المواعيد الطبية، نسبة 2.30 % من المرضى دافعهم للجوء للمؤسسة الصحية هو الإطمئنان على الصحة. وأخيرا نسبة 1.14 % من المبحوثين إجاباتم كانت في صنف التخصص ونوع المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[نجدهم يمثلون نسبة 20 % في صنف اليأس من الشفاء مقابل نسبة 40 % في صنف خطورة الحالة المرضية، نسبة 36 % من المبحوثين دافعهم نحو اللجوء للخدمة الصحية هو الحالات المرضية البسيطة. ونسبة أخيرة تمثلت في نسبة 4% من المبحوثين إجاباتم كانت في صنف المواعيد الطبية.

وفي المرتبة الأخيرة نجد فئة الدخل الشهري الأسري [30.000 دج فأكثر[يتفرعون المبحوثين بنسب مختلفة في أصناف الدوافع الحقيقة للجوء للخدمة الصحية، فنجد نسبة منعدمة في صنف اليأس من الشفاء مقابل نسبة60 % في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 20 % في صنف المواعيد الطبية، نسبة 10 % في صنف كل من خطورة الحالة المرضية وصنف الإطمئنان على الصحة وتنعدم النسبة في الأصناف الأخرى.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (64)، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري لرب الأسري والدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية، حيث أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان دافعه للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء مرتفع، والعكس صحيح إذا إرتفع الدخل الشهري الأسري للمريض، فهذا يتبعه الإسراع في إستشارة الطبيب. ويمكن تفسير هذه النتيجة إنطلاقا من واقعنا الجزائري المعاش الذي يعرف إنتشارا فادحا لظاهرة الفقر، قلة الدخل الوطني للفرد الجزائري، إنخفاض وغلاء معيشته. فهذه الأسباب تجعل المريض يفكر بأنه لن يذهب للطبيب للإطمئنان عن صحته، بل يكون ذلك في حالة واحدة تجبره على إستشارة الطبيب ألا وهي يأسه من الشفاء، وهذا نتيجة اللجوء إلى كل البدائل العلاجية والوصول إلى حد الخطورة. فيلجأ المريض للخدمة الصحية لعله يجد الشفاء. فضعف الإمكانيات المادية له يؤثر حتى في تفكيره والإستجابة للأعراض المرضية، حيث أن الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها المريض تؤثر في سرعة الإستجابة للمرض وأعراضه. فالمرضى المنتمين إلى الطبقات الإجتماعية العليا بمجرد شعورهم بالألم يستشيرون الأطباء ويسرعون للخدمة الصحية عكس الفقراء الذين يتباطئون في زيارة الطبيب، نتيجة فقرهم، قلة ثقافتهم الصحية ووعيهم الصحي. وفي هذا الصدد تؤكد الدكتورة نادية محمد السيد عمر، بأن الشخص الغني "حينما يشعر بالمرض لا يهمه إذا كان يترك عمله لكي يرى الطبيب، أما الشخص الفقير فهو يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم في عمله هو في حاجة إليه، كما أن هذه النوعية من المرضى غالبا ما تؤمن بالقدرية في المرض وهذا يجعلهم أقل

إتجاها إلى إستخدام الطب الوقائي".[1]

وإستنادا على رأي الدكتورة نادية محمد السيد عمر، فإن الظروف المادية للمريض في مجتمعنا الجزائري لها علاقة قوية بدور المريض، إذ أن المرضى ذوي المستوى المادي المرتفع يهتمون بالأمور الصحية، بنوعية العلاج اللازم ومتابعة مراحل العلاج بطريقة صحيحة والتعاون مع الطبيب، لأنهم قادرين على التحكم في إنشغالاتهم اليومية وغالبا ما يسارعون إلى زيارة الأطباء، وأيضا يترجمون معلوماتهم الصحية التي إكتسبوها من طبيبهم إلى ممارسات صحية في نظام حياتهم، أي يملكون ثقافة صحية. وهذا ما يبرز تغييرهم لنمط حياتهم من نمط معيشي غير صحي إلى نمط معيشي صحي. وفي المقابل فئة المرضى ذوي الدخل المنخفض يرفضون الدخول في دور المريض ويجدون صعوبة في تغيير نمط معيشتهم والتسارع لزيارة الأطباء، ويرجع ذلك إلى أنهم لا يواجهون في نظام حياتهم فقط مشاكل صحية، وإنما أيضا يواجهون مصاعب في حياتهم ونقص في العناية بصحتهم. ففي هذه الحالة الطبيب يجد صعوبة في بناء علاقة مع هذه الفئة وذلك ربما يرجع إلى إنخفاض المستوى التعليمي للمريض ودخله الشهري، وهذا يؤدي إلى سوء الفهم. فالمريض لا يقيّم ولا يبالي للكلمات الطبية والنصائح التي يقدمها له الطبيب، لأنه لن يستخدم العلاج بكل دقة ولن يجد رعاية صحية كافية في وسطه الأسري. وهنا نتكلم عن قدرة المريض على إستيعاب المعلومات الصحية وتنفيذ نصائح الطبيب في الحياة اليومية. ويمكن القول أن المرضى ليست لديهم القدرة على التعبير وغير موضوعيين لأن واقعهم المعاش لا يتناسب مع ما يفرضه الطبيب عليهم. وفي هذه الحال المصاب بمرض مزمن لا يساعد الطبيب على سرعة إستقرار حالته الطبيعية، وهذا يقودنا إلى طرح إشكالية تعاون المريض مع الطبيب وأهم النتائج المترتبة عن ذلك في العلاقة بينهما. ويمكن القول بأن إستجابة المريض لمرضه تتوقف على ظروفه المادية، حيث أن شعور الفرد بالأعراض المرضية وفي نفس الوقت أنه لا يملك المال الذي سوف يمكنه من علاج حالته المرضية واللجوء للطبيب، فإنه لا يستجيب للأعراض المرضية بل يتجاهلها من جهة. ومن جهة أخرى يلجأ إلى بدائل علاجية أقل تكلفة مادية.

المطلب الثاني: الأوضاع المادية للمريض وتأثيرها على الممارسات الصحية:

تعتبر الممارسات الصحية هي أهم التصرفات والسلوكات المرتبطة بالصحة، وقد تتأثر هذه الممارسات بعدة عوامل منها ما يتعلق بالمريض في حد ذاته من خلال أفكاره، عاداته، تقاليده ومعتقداته ومستواه المعيشي ...الخ ومنها ما يتعلق بعلاقة المريض بطبيبه. وفي هذا الصدد فإن كل من التعليم، الطبقة الإجتماعية للمريض، الثقافة والشخصية هي عوامل تؤثر في دور المريض، حيث تمثل الطبقة الإجتماعية أقوى العوامل في تحديد نوعية الممارسات المتبعة في الحياة. وعليه نحاول إثبات أو نفي هذا القول من خلال هذه الدراسة وبالخصوص من خلال هذا العنصر المتمثل في الجداول الإحصائية التالية:

---

(1) نفس المرجع، ص 168.

جدول رقم (65): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب وتخصيص ميزانية شهرية للمريض.

تنفيذ تعليمات الطبيب / فئات الدخل / تخصيص ميزانية شهريا		نعم		لا		الموع	
[أقل من 10.000 دج[	نعم	13	%56.52	10	%43.48	23	%100
	لا	43	%27.74	112	%72.26	155	%100
الموع الجزئي		56	%31.46	122	%68.54	178	% 100
[20.000-10.000 دج[	نعم	22	%88	03	%12	25	%100
	لا	18	%29.03	44	%70.97	62	%100
الموع الجزئي		40	%45.98	47	%54.02	87	% 100
[30.000-20.000 دج[	نعم	04	%66.67	08	%42.11	12	%100
	لا	11	% 57.89	02	%33.33	13	%100
الموع الجزئي		15	%60	10	%40	25	% 100
[30.000- فأكثر[	نعم	03	%100	-	-	03	%100
	لا	01	%14.29	06	%85.71	07	%100
الموع الجزئي		04	%40	06	%60	10	% 100
الموع الكلي		115	% 38.33	185	% 61.67	300	% 100

جدول رقم (66): يمثل توزيع أفراد العينة الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب حسب الأسباب.

أسباب عدم تنفيذ تعليمات الطبيب	التكرار	النسبة %
الظروف المعيشية	134	65.37
الكراهية والإستهزاء	19	9.27
النسيان	05	2.44
المكانة الإجتماعية للمريض في الأسرة	07	3.41
العادات والتقاليد الأفكار والمعتقدات	07	3.41
المشاكل	09	4.39
الخطأ	05	2.44
عدم الصبر على الأكل	19	9.27
الموع	*205	100

ملاحظة: بعض المبحوثين يقدمون عدة أسباب في آن واحد لذا كان الموع أكبر من عدد المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب.

جدول رقم (67): يمثل توزيع أفراد العينة الذين ينفذون تعليمات الطبيب حسب نوعيتها.

أهم التعليمات الطبية المنفذة	نعم	لا	الموع
شراء الدواء، إحترام مواعيده وكميته	163 %54.33	137 % 45.67	300 % 100
الحمية الغذائية وقتها وكميتها	117 %39	183 % 61	300 %100
الرياضة أو المشي (الحركة)	18 %6	282 % 94	300 % 100
إجراء التحاليل والأشعة الطبية	260 %86.67	40 % 13.33	300 % 100
التمتع بالراحة، النوم الكافي وعدم التعب	134 %44.67	166 % 55.33	300 % 100
الإبتعاد عن المشاكل والإنفعالات النفسية.	34 %11.33	266 % 88.67	300 % 100
إحترام المواعيد الطبية	05 %1.67	295 % 98.33	300 % 100
الإبتعاد عن التدخين بالنسبة للرجال	06 %5.61	101 % 94.39	107 % 100
مراقبة ومتابعة الحالة المرضية	27 %9	273 % 91	300 % 100
مراقبة الوزن والتخلي عن الحجم الزائد	26 %8.67	174 % 58	300 % 100
التوجه مباشرة للطبيب في حالة التعرض للمشاكل المرضية	103 %34.33	197 % 65.67	300 % 100

إن إتباع تعليمات الطبيب، نصائحه والتعاون معه من أهم الواجبات التي يفترض على المريض الإلتزام بها في حياته اليومية، وفي هذا الصدد ومن خلال إجابات المبحوثين الموضحة في الجدول رقم (65)، وجدنا أن نسبة 61.67 % لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 38.33 % ينفذون تعليمات الطبيب، حيث أن فئة المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب يتمركزون في فئة الدخل المنخفض أقل من مليون، وذلك بنسبة تقدر ب 68.54 % مقابل نسبة 31.46 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل وينفذون تعليمات الطبيب. إذ أن الأفراد الذين لا يخصصون ميزانية شهريا هم الأكثر عدم تنفيذا لتعليمات الطبيب، وذلك بنسبة 72.26% مقابل نسبة 27.74% دخلهم الشهري منخفض ينفذون تعليمات الطبيب ولا تخصص لهم ميزانية شهريا. بينما المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب من فئات الدخل المنخفض وتخصص لهم ميزانية شهريا نجد نسبة 43.48% مقابل نسبة 56.52% ينفذون تعليمات الطبيب من فئات الدخل المنخفض وتخصص لهم ميزانية شهريا.

أما بالنسبة لفئة الدخل [10.000-20.000 دج[نجد نسبة من المبحوثين تقدر بـ 54.02 % لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 45.98 % من أفراد العينة ينفذون تعليمات الطبيب من فئة الدخل السابقة. إذ أن الأفراد من هذه الفئة الذين لا تخصص لهم ميزانية شهريا نجد من بينهم نسبة 70.97% لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 29.03% ينفذون تعليمات الطبيب. وفي المقابل نجد نسبة 12% من فئة الدخل السابقة يخصصون ميزانية شهريا ولا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 88% يخصصون ميزانية شهريا وينفذون تعليمات الطبيب.

وفي نفس السياق مثلت فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000 دج[نسبة 40 % من أفراد العينة لا ينفذون تعليمات الطبيب من بينهم نسبة 33.33% لا يخصصون ميزانية شهريا و42.11% يخصصون ميزانية شهريا مقابل نسبة 60 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب. حيث نجد من بينهم نسبة 66.67% يخصصون ميزانية شهريا ونسبة 57.89% لا يخصصون ميزانية شهريا.

وأخيرا نجد فئة الدخل الشهري الأسري [30.000 دج- فأكثر[يمثلون نسبة 60 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب وأغلبيتهم لا يخصصون ميزانية شهريا بنسبة 85.71% ونسبة منعدمة في نفس فئة الدخل التي لا تنفذ تعليمات الطبيب وتخصص ميزانية شهريا. مقابل نسبة 40 % من أفراد العينة ينفذون تعليمات الطبيب منهم 100% يخصصون ميزانية شهريا.

إن أغلبية المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب ويرجعون ذلك بالدرجة الأولى إلى الظروف المعيشية الصعبة، وذلك بنسبة 65.37 % من مجموع المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب. إذ أوضحت نتائج البحث من خلال الجدول رقم (67)، أن التعليمات الطبية التي لم تنفذ بنسبة كبيرة تمثلت في كل من المشي والحركة بنسبة 94 %، إحترام المواعيد الطبية مثلت نسبة 98.33 %، نسبة 94.39 % في صنف الإبتعاد عن التدخين بالنسبة للرجال، نسبة 91 % في صنف مراقبة ومتابعة الحالة الصحية، الإبتعاد عن المشاكل والإنفعالات النفسية قدرت النسبة بـ 88.67 %، نسبة 65.67 % في صنف التوجه مباشرة للطبيب في حالة التعرض لأمراض أخرى، الحمية الغذائية في وقتها وكميتها بنسبة 61%، نسبة 58% خاصة بمراقبة المزن والتخلي عن الحجم الزائد، التمتع بالراحة والنوم الكافي وعدم التعب قدرت النسبة بـ 55.33 %، شراء الدواء وإحترام مواعيده وكميته بنسبة 45.67%. وأخيرا نسبة 13.33 % خاصة بإجراء التحاليل والأشعة الطبية.

وفي هذا المنوال، نستنتج أن مرضى فئات الدخل المنخفضة أقل تنفيذا لنصائح الطبيب، حيث أن هذه الفئات لا تخصص ميزانية شهرية لمريضها، كما أن عدد أفرادها ينعكس سلبا على تنفيذها للتعليمات الطبية مع إنخفاض الدخل الشهري الأسري. ويمكن تفسير هذه النتيجة على أساس الفقر المتفشي بين أفراد مجتمع عينتنا وأيضا إنخفاض مستواهم المعيشي وقدرتم الشرائية. فتنفيذهم لتعليمات الطبيب تقل لأنم غير قادرين ماديا على تلبية كل إحتياجاتم وإحتياجات أسرهم منها الغذائية، الصحية والتعليمية. وكما هو معروف

الأسر الجزائرية ينخفض فيها عدد المساهمين في نفقاتا بسبب قلة المنتجين، وهذا يقابله كثرة المستهلكين. وأن إصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب يكلف كثيرا العائلة، مما يجعل المريض يتهاون في تنفيذ تعليمات الطبيب بسبب دخله المنخفض. وهذا ما أوضحه لنا المرضى. إذ تصرح مريضة فتقول: "ليام لولة ما كنتشندير ريجيم وكي وصلت للموت راني ندير ريجيم". أما مريض آخر فيقول: "ما نقدرش نشري الدوا، ساعة نشري الدوا وساعة نقعد هكذاك، ماعنديش الدراهم". إلى جانب التصريحات الأخرى التي ينصب مضمونا حول المشاكل المادية التي يعاني منها المريض.* ففي هذه الحالة درجة طاعة الطبيب والتعاون معه تقل كلما قل الدخل الشهري الأسري، وهذا يؤدي إلى فشل المريض في تتبع نصائح طبيبه، وأيضا تديد طرق وسبل العلاج المسطر من طرف الطبيب المعالج.

وفي هذا الصدد يمكن أن نقول بأن عدم الطاعة والتعاون مع الطبيب يؤدي إلى:

1- عدم إستقرار النسق الطبي وثباته: إن عدم الطاعة والتعاون مع الطبيب يخلق نوع من اللاإستقرار في النسق الطبي، أي عدم قيام الطبيب بدوره على أحسن وجه ممكن، وعدم تقديم أحسن الخدمات للمريض. فالتوازن والثبات يعني "قدرة النسق على توجيه القوى التي تمكنه من إستعادة توازنه إذا إختل هذا التوازن مستخدما لتحقيق ذلك العديد من وسائل المحافظة على هذا التوازن. الثبات في النسق، يمكن تحقيقه بفضل مجموعة من الميكانيزمات أهمها التعليم الطبي في الجامعات، والذي يسهم في تنشئة الأطباء إجتماعيا، وأيضا نقابة الأطباء تساهم في إحداث الضبط الإجتماعي في النسق الطبي، وبالتالي ثبات النسق الطبي. وفي هذه الحالة المساعدة الوظيفية بين الأطباء وهيئة التمريض لها دور فعال في ثبات النسق الطبي.

أما بالنسبة لفكرة التكامل فهي دراسة الحقوق والواجبات التي توجه الجماعات الفرعية داخل النسق وكيف تتلاءم مع بعضها لتحقيق الترابط، الإنسجام والوحدة داخل النسق العلاجي، ولكي يحافظ هذا النسق على تكامله فلا بد أن يضمن قدرا كافيا من التعاون بين جماعات الأطباء وهيئة التمريض التي يتألف منها هذا النسق.[1] وإذا توفرت كل هذه الميكانيزمات السابقة لتحقيق الثبات يمكن تقديم أحسن الخدمات العلاجية للمريض. والملاحظة الغريبة التي تلاحظ في مستشفياتنا وقطاعاتنا الصحية هي ظاهرة إنتشار البيروقراطية والبيسطو (المعرفة) اللذان يعملان على عدم إستقرار النسق في الجزائر حسب إعتقادنا.

إن عدم تعاون المريض مع الطبيب في مجتمع بحثنا يرجع بالدرجة الأولى إلى إنخفاض الدخل الشهري لهذا الفرد وتفشي الفقر الذي لا يسمح له بتنفيذ تعليمات الطبيب، خاصة حينما يكون الطبيب "جادا في

---

* تصريحات بعض المرضى: - "مانيش قادرة باش نشري الدوا".
- "مرات ندير الشكة ومرات لا لا راني ماشي مليحة".
- "مرات ننسى الدوا وما نشربوش ومرات ما نشريهش".
- "سمانة خلاصلي الدوا نتاع القلب"
- "قريب أشهر ما أشربتوش دوا نتاع الطبيب".

(1) نفس المرجع، ص 419.

علاقته بمرضاه فلا يسمح بأن يكون هناك حوار مفتوح بينهما أو حينما يكون غير قادر على إختيار الألفاظ السهلة في شرح وتوضيح طبيعة المرض للمريض، فهذا يؤدي إلى عدم قدرة المريض على التعاون معه" [1] وأيضا عدم ثبات النسق الطبي.

2- عدم إهتمام المريض بإجراءات التشخيص، العلاج وفهم الخدمات الصحية المقدمة له: يعتبر عدم إهتمام المريض بإجراءات التشخيص والعلاج وفهم الخدمات المقدمة إليه من أهم نتائج عدم تعاونه مع الطبيب، حيث أنه إذا كان لا يتبع تعليمات طبيبه لا يمكن التفرقة بينه وبين المريض المطيع للطبيب بشكل واضح. ففي هذه الحالة الطبيب لا يمكن التنبؤ بالحالة الصحية للمريض غير المطيع له بنسبة كبيرة جدا. فنتيجة ضعف دخله الشهري يصبح غير مطيعا لطبيبه، وهذا ما يفسر لنا نقص الثقافة الصحية لدى الشخص المصاب بمرض مزمن. فبسبب فقره وتدني مستواه المعيشي نجده لا يهتم بإجراءات التشخيص والعلاج وحتى نوعية الخدمات المقدمة إليه. فهذا الفشل في متابعة توصيات الطبيب ما هو إلا نقص في التعاون بين الطرفين. ويعني ذلك الإخفاق في التعاون مع الطبيب معوقا من معوقات الإستقرار والثبات في النسق الطبي.

3- التأثير على العلاقة بين الطبيب والمريض: إن عدم تعاون وطاعة المريض لطبيبه يؤدي إلى التأثير السلبي في العلاقة بين الطرفين. فالطبيب إذا عرف أن مريضه لا ينفذ نصائحه وتعليماته الطبية فإنه يستخدم السلطة والنفوذ للتأثير عليه، وأن علاقته معه تتغير ويسودها نوع من التوترات والتناقضات نتيجة فشل المصاب في تتبع توصياته العلاجية وإنعدام ثقافته الصحية بسبب مستواه المعيشي وبعض الأسباب الأخرى. وهذا ما أكدته لنا تصريحات المرضى، كقول هذا المريض: "كي ما درتش الريجيم زقى عليا الطبيب باش ندير الريجيم ولاّ يعطيني لنسولين". ومريضة أخرى تصرح أيضا : "في لوّل ما درتش الريجيم حتى ولات الطبيبة تتداوس معايا كي نضريت نتاع الصح درت الريجيم". أما فيما يخص عدم إحترام الدواء يقول مريض: "الدوا ما شربتوش ثلاث ايام ثم الطبيب عيط عليا وقالي ما تخليش الدوا نتاعك".

وفي هذا السياق، فإن العلاقة طبيب-مريض في حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب تتصف بعلاقة المشاركة المتبادلة بين كلا الطرفين. فالطبيب يحتاج إلى مساعدة المريض من خلال مراقبة ومتابعة جيدة لحالته الصحية وتزويده بكل التطورات الحاصلة في الحالة الصحية لرسم خطة علاجية محكمة من جهة. ومن جهة أخرى يقدم لمريضه كل خبراته، مهاراته العلمية، تنمية وعيه الصحي وتقديم له مجموعة من المعلومات والتعليمات الواجب إتباعها. وعليه فإن واجب المريض تنفيذ التعليمات الطبية وإعلام طبيبه بكل ما يحصل له من تطورات صحية. مثلا الحمية الغذائية من مسؤولية الطبيب إعداد خطتها التي تكون مناسبة للحالة الصحية للفرد، عمره ومهنته. ومن واجب هذا الأخير تنفيذها والتقيد بها في نظام حياته، والفشل في تنفيذها يعني الفشل في طاعة الطبيب.

(1) نفس المرجع، ص 459.

4- عدم قدرة الطبيب تقييم نتائج العلاج والخدمات الصحية للمريض: إذا فشل المريض في تنفيذ تعليمات الطبيب، فإن هذا الأخير لا يستطيع تقييم العلاج المسطر لمريضه، وبالتالي يلجأ إلى تسطير علاج آخر له. حتى أنه لا يمكنه تقييم الخدمات الصحية المقدمة له. وفي هذا الصدد هل أن عدم توفر الثقافة الصحية لدى المرضى وفشلهم في تتبع النصائح الطبية، يجعل الأطباء ينفذون سلطتهم ونفوذهم عليهم لإرغامهم على طاعتهم؟

يمكن القول بأن الطبيب في المجتمع الجزائري لا يتخذ إجراءات مثل هذه، أي إستخدام السلطة والنفوذ المهني الذي تطرق إليه "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، وهذا راجع إلى عدة أسباب أهمها خوفهم من النتائج التي يمكن أن تنعكس سلبا على صحة المريض. فهذا الأخير إذا إستعملت معه السلطة فإنه يهمل العلاج من جهة، ومن جهة ثانية لا يتابع المعالجة الطبية ولا يحترم المواعيد. وهذا ما أكّد لنا من تصريحات الأطباء كتصريح الطبيبة المختصة في الطب الداخلي والتي تقول: "فإذا كنا واعرات ونستعمل السيطرة ونزقي مع المرضى فإنم يتخلون عن العلاج ويذهبون ولا يعودون إلى الإستشارة الطبية، كما أنم لا يشربون الدواء. ولهذا السبب لا أستعمل القوة، وأغلبية الأطباء لا يستعملون القوة يكونون دائما ملاح مع المرضى". وفي هذا السياق تظيف الطبيبة "فيما يخص تأثيرنا على المريض لتغيير نمط حياته، فإننا لا نستعمل معه القوة بل نقوم فقط بتخويفه مثلا نقول له لو لا أنك لا تتبع الريجيم سوف تصبح تعالج بالديااليز...الخ، وهذا تخويفا فقط منا. حيث أن المرضى عندما أقول لهم أني سوف أستبدل لكم الدواء مثلا إستعمال حقن الأنسولين فإنم يرفضون، فأنا أسجل بأن المريض يهمل العلاج".

5- التأثير على المجتمع والإحباط للخدمات العلاجية والطبية التي تقدم للمرضى: إن الفشل في طاعة الطبيب يؤثر على المجتمع، خاصة في حالة الأمراض المزمنة، حيث أن التهاون في تنفيذ تعليمات الطبيب يؤدي إلى ظهور عدة مضاعفات، وبالتالي يكثر عدد المرضى الذين يعانون من مشاكل صحية في المجتمع، وتعجز الدولة والمؤسسات الصحية على التكفل بم وتقديمها لأجود الخدمات العلاجية الطبية. وهذا كله ناتج عن تدني المستوى المعيشي للمريض وقدرته الشرائية. وعليه يمكن القول أن إنخفاض الدخل الشهري للمصاب يؤثر في ثقافته الصحية التي تشمل المعلومات الصحية، القدرة على تغيير نمط الحياة، الرغبة في الشفاء وتغيير الممارسات غير الصحية إلى ممارسات صحية.

وفي الختام يمكن القول أن الظروف العائلية وحتى أفراد الأسرة قد يكونون سببا في عدم تنفيذ المريض لنصائح الطبيب. إذ أن حالة مريضة تثبت ذلك. فهي تقول: "أنا فقيرة نعاني مشاكل وعندي عايلتي ماشي مهتمين بيا أولادي، نقولهم أشرولي الدوا مرات يزقوا عليا ومرات يعطوني نشري الدوا ومرات نبقى بلا لنسولين حالتي راهي غير تروح، أولادي يبريكوليو عند الناس وماشي عايشين معايا دايما". وحالة أخرى تقول: "ساعات نشرب الدوا وساعات ثلاثة أيام ويومين نستهزى".

وفي هذا المنوال، ونحاول من خلال الجدول اللاحق معرفة مدى تغيير المرضى لنمط حياتم، وهل هذا التغيير يتأثر بالدخل الشهري الأسري أم لا؟

جدول رقم (68): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتغيير نمط الحياة.

تغيير نمط الحياة / الدخل الشهري الأسري	نعم	لا	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
[أقل من 10.000 دج[	46 % 25.85	125 % 70.22	07 % 3.93	178 % 100
[10.000-20.000دج[	32 % 36.78	53 % 60.92	02 % 2.30	87 % 100
[20.000-30.000دج[	14 % 56	10 % 40	01 % 4	25 % 100
[30.000- فأكثر[	05 % 50	04 % 40	01 % 10	10 % 100
الموع	97 % 32.33	192 % 64	11 % 3.67	300 % 100

لقد أسفرت بيانات الجدول رقم (68)، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة لم يغيروا من نمط حياتم، من نمط غير صحي إلى نمط صحي يتماشى مع حالتهم المرضية، حيث مثلت النسبة 64 % من مجموع المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 32.33 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم ونسبة 3.67 % من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى. وفي هذا الصدد الإتجاه العام للجدول المتمثل في المبحوثين الذين لم يغيروا من نمط حياتم عزز من طرف المبحوثين الذين دخلهم الشهري الأسري منخفض أقل من 10.000 دج أي بنسبة تقدر بـ 70.22 % من مجموع فئات الدخل المنخفـض مقابل نسبة 25.85 % من أفراد العينة من نفس فئة الدخل والذين غيروا من نمط حياتم ونسبة 3.93 % من المبحوثين من فئة الدخل المنخفض والذين حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أنه كلما إرتفع دخل الشهري الأسري للمريض كلما كان هناك تغييرا لنمط حياته والعكس صحيح، حيث أن المبحوثين من فئة الدخل [10.000-20.000 دج[يمثلون نسبة 60.92 % كانت إجاباتم في صنف لا يوجد تغيير لنمط الحياة مقابل نسبة 36.78 % من المبحوثين كانت الإجابة في صنف يوجد تغيير في نمط الحياة ونسبة 2.30 % من المبحوثين كانت إجابتهم في صنف محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى.

أما بالنسبة للمبحوثين من فئة الدخل [20.000-30.000دج[فيتوزعون بنسبة 40 % في صنف الإجابة "لا" مقابل نسبة 56 % كانت إجابة المبحوثين في صنف "نعم" من نفس فئة الدخل السابقة ونسبة 4% من فئة المبحوثين ذوي الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[كانت إجاباتم في صنف محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى.

ونفس الملاحظـة السابقة نلاحظها بالنسبـة للمبحوثـين في فئة الدخل الشهري الأسري [30.000 دج- فأكثر[، حيث نجد نسبة 40 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 50 % من أفراد فئة الدخل المرتفع جدا غيروا من نمط حياتم ونسبة 10 % من المرضى من نفس فئة الدخل السابقة حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

نستخلص من خلال معطيات الجدول رقم (68)، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض، وبين تغييره لنمط حياته، فالمرضى ذوي الدخل الشهري المنخفض أقل تغييرا لنمط حياتم، مقارنة بفئات المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع، حيث يبقى المستوى المعيشي المعيق الأساسي لتنفيذ تعليمات الطبيب وتغيير الممارسات غير الصحية إلى الممارسات الصحية. وهذا يقودنا إلى الحديث عن علاقة الدخل بتوفر الثقافة الصحية لدى المريض. فعدم الطاعة أو نقص تعاون المريض مع الطبيب يرجع إلى الدخل المنخفض الذي يؤدي إلى نقص في فهم المريض لأهمية النصائح الطبية، قيمتها في حياته اليومية وإنعدام رغبته في تغيير نمط حياته، مثلا تغيير بعض الممارسات الغذائية، القيام بالتمارين الرياضية والحركة، عدم الإجهاد في العمل وتنظيم العمل...الخ. فكل هذه التوصيات والتعليمات الطبية التي يوصي با الطبيب مريضه بتنفيذها في حياته الجديدة لها أهميتها البارزة في الحفاظ على الصحة الطبيعية. وفي هذه الحالة يظهر الدور الإجتماعي للمريض ورغبته في الحفاظ على صحته الطبيعية. وغالبا ما صادفنا في بحثنا الميداني قلة الرغبة لدى الفرد في تغيير نمط حياته، خاصة وأنه أعتاد على نمط معين في حياته، فهو كثيرا ما يجد صعوبة في إحداث هذا التغيير، كتصريح هذه المريضة "سيبت نبدل من حياتي ما أقدرتش، والفت ناكل بزاف، وعندي طبيعة في الماكلة، وثاني المعيشة غالية شحال تقدري تديري الربيعم، الدراهم مكاش، أنا ناكل واش ياكلوا في الدار". فنتيجة إنخفاض المستوى المعيشي للمريض، وطغيان شهواته الذاتية، أثر على إرادته ورغبته في تغيير نمط حياته.

ولقد أشارت في هذا المال الدكتورة نادية محمد السيد عمر بأن "كثير من الأطباء ليس لديهم معلومات كافية عن أسباب نقص تعاون المريض مع الطبيب أو مع النظام العلاجي وذلك لإعتقادهم أن عدم تعاون المريض مع الطبيب يحدث فقط في أثناء جلوس المريض في العيادة ولكنه يرى أن المريض يتعاون تماما مع العلاج، وهذه غير الحقيقة حيث أن عدم التعاون يمكن أن يحدث في أي مكان يتلقى فيه المريض توصيات، كما أنم يعتقدون أن عدم التعاون يكون مقصورا على المرضى غير المتعلمين أو الذين ينتمون إلى الطبقات الإجتماعية الدنيا وإلى نقص المعرفة لديهم أو عدم الفهم لنظام العلاج".[1] وعليه يمكن القول أن رغبة المريض في تغيير نمط حياته وفي محافظته على حالته الصحية الطبيعية من أهم الإلتزامات والواجبات المفروضة عليه.

(1) نفس المرجع، ص 182.

إن تغيير نمط الحياة موقف إجتماعي جاد يتخذه المريض لتمتعه بالصحة الطبيعية، ولكن أغلبية المرضى المستجوبين لم يتخذوا هذا الموقف ولم يغيروا من نمط حياتم ويرجعون ذلك إلى المشكل المادي الذي يعانون منه.

وإستنادا على ما ذكر سابقا، حاولنا تصميم جدول آخر يتمثل في الدخل الشهري الأسري للمريض وإستعمال نظام غذائي معين بصفة منتظمة والحفاظ على نوعية التغذية، كميتها ووقتها ليكون هذا الجدول مكملا للجدول السابق.

جدول رقم (69): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتتبع نظام غذائي بصفة منتظمة ومستمرة.

تتبع نظام غذائي / الدخل الشهري الأسري	نعم	لا	الموع
[أقل من 10.000 دج[	61 % 34.27	117 % 65.73	178 % 100
[10.000-20.000دج[	37 % 42.53	50 % 57.47	87 % 100
[20.000-30.000دج[	13 % 52	12 % 48	25 % 100
[30.000- فأكثر[	06 % 60	04 % 40	10 % 100
الموع	117 % 39	183 % 61	300 % 100

من خلال معطيات الجدول رقم (69)، نلاحظ أن للدخل الشهري الأسري علاقة مع إتباع نظام غذائي بإنتظام في الحياة اليومية للمريض، حيث أن الإتجاه العام للجدول يمثل نسبة 61 % من مجموع المبحوثين الذين لا يتبعون نظام غذائي معين.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري أثبتت نتائج البحث أن أفراد العينة ذوي مستوى الدخل المنخفض أقل من 10.000دج أقل إتباعا لنظام غذائي معين، وذلك بنسبة 65.73 % مقابل نسبة 34.27 % من المبحوثين من ذوي الدخل المنخفض يتبعون نظام غذائي.

أما بالنسبة للمبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[، فنجد من بينهم نسبة 57.47 % من المبحوثين لا يتبعون الحمية الغذائية مقابل نسبة 42.53 % من أفراد العينة يتبعون النظام الغذائي المحدد لهم.

في الحين نلاحظ أن المبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[يمثلون نسبة 48 % من المبحوثين لا يتقيدون بالنظام الغذائي أي الريجيم مقابل نسبة 52 % من المبحوثين يتبعون الحمية الغذائية.

وأخيرا نجد المبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا [30.000 فأكثر[والذين لا يتبعون النظام الغذائي يمثلون نسبة 40 % من أفراد الدخل المرتفع مقابل نسبة 60 % من نفس فئة الدخل والذين يتبعون نظام غذائي معين في حياتم اليومية.

إنطلاقا من القراءة الإحصائية للجدول رقم (69)، نلاحظ أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض وتتبعه لنظام غذائي معين، حيث أن المرضى ذوي الدخل المنخفض أقل تتبعا للحمية الغذائية في نظام حياتم اليومية عكس المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع. فحسب تصريح بعض المرضى غير المتتبعين للريجيم يبرز بأن إنخفاض مستواهم المعيشي وكثرة أفراد الأسرة سبب في ذلك، كالمريضة التي تصرح "ما نقدرش ندير الريجيم ما عنديش المال". وتضيف مريضة أخرى فتقول: "في بلادنا صعيب الريجيم، الظروف ما تخليكش". إلى جانب التصريحات الأخرى التي تدل على إستحالة إتباع نظام غذائي كما يجب. * إستنادا على ذلك، يمكن القول بأن المال مورد فعال للإستمرار في الحياة والتمتع بصحة طبيعية بالنسبة للمريض المصاب بمرض مزمن، إذا فدخله يؤثر على ممارساته التي تعتبر مفهوم مهم في الثقافة الصحية.

وبربط العلاقة بين الدخل وتتبع نظام غذائي، نتوصل إلى نتيجة هامة وهي عدم التعاون مع الطبيب وتنفيذ تعليماته الطبية، يعني فشل المصاب في تنفيذ توصيات طبيبه، وهذا يخلق خللا في النسق الطبي وفي الأدوار الإجتماعية للأطباء وعدم إستقرار النسق وثباته. فالطبيب لا يمكنه أن يتوصل إلى نتيجة فيما يخص مسار العلاج المخصص لمريضه، فتتوتر العلاقات بينهما. وفي هذه الحالة المريض لا يقوم بواجبه المتمثل في رغبته في البحث عن شفاء لمرضه. فإستخدام النظام الغذائي هو من واجب الطبيب وضع خطته وشرحها للمصاب حسب حالته وعمره، ومن مسؤولية هذا الأخير تنفيذها والتقيد با في نظام حياته. فهذه المشاركة المتبادلة فعالة جدا في السير على المسار الجيد للعلاج، والتي تتأثر بالدخل الشهري للفرد، حيث أن إنخفاض دخله لا يلبي له كل الرغبات وبالتالي تقل عزيمته وإرادته في تنفيذ توصيات الطبيب. إذ أن هذا الأخير في الجزائر في بعض الحالات وإن لم نقل دائما، لا يراعي الظروف المعيشية لمريضه، يفرض عليه إتباع خطة علاجية صارمة لا تتماشى مع ظروف حياته نتيجة الفقر، ضعف القدرة الشرائية، إنتشار البطالة، كثرة المستهلكين في الأسرة وقلة المنتجين با. وهذا ما صادفناه أثناء قيامنا بإستمارة المقابلة، حيث تصرح مريضة "الطبيب يقولك أشري هذي وهذا وديري الريجيم، وكل شي غالي، واش تديري واش تخلي". أما من

* تصريحات بعض المرضى: - "الفقر مانيش نتبع في الريجيم الله غالب".
- "الريجيم لازم شكارة دراهم وعدم التقلاق".
- "الريجيم حسب الظروف كي يكون وكي ما يكونش الله غالب".
- "صعيب شوية، لازم ناكل غير الخضر والحوت واللحم مولا وليدات ما يقدرش".
- "الريجيم ماشي دايمن خاصة للمريض لي عندوا عايلة وأطفال".

جانب الأطباء فيؤكدون على العلاقة الموجودة بين الظروف المعيشية للمريض وتأثيرها على تنفيذ توصياتهم. وهذا ما أوضحته مقابلتنا مع الأطباء، إذ يصرح الطبيب "إن المرضى لا يطبقون ولا ينفذون النصائح التي نقدمها إليهم، وهذا راجع إلى الفقر، شروط الحياة الصعبة للمريض وغياب الوعي الصحي لدى المرضى. وتأثيرنا على المريض يكون عن طريق تحميله المسؤولية وأيضا تخويفه، حيث نستعمل السلطة والقوة للتأثير فيه لتغيير نمط حياته". وإستنادا على هذين التصريحين، يمكن القول بأن القدرة الشرائية للمواطن الجزائري خاصة في السنوات الأخيرة أصبحت صعبة جدا. وذلك من خلال غلاء المعيشة، إنخفاض الدخل الشهري للفرد الجزائري وإرتفاع عدد أفراد الأسرة، حيث عرفت الجزائر مستويات من الفقر، وبدأت تظهر بوادر الطبقات الإجتماعية في المجتمع الجزائري، الطبقة الدنيا الكادحة التي لا دخل لها مستوى معيشتها منخفض، الطبقة المتوسطة وهي طبقة العمال والطبقة الأخيرة طبقة الأغنياء، مستواهم المعيشي مرتفع يعيشون في رفاهية ونعيم.

إن الظروف المعيشية الصعبة للمريض المصاب بمرض مزمن وإنخفاض دخله لا يسمح له بالحفاظ على نوعية التغذية وكميتها، لا يتقيد بنظام غذائي معين يتناسب مع حالته، حيث أن هذه الفئات من المرضى يلجؤون إلى شراء مواد غذائية رخيصة الثمن لا تتوفر على المقاييس الغذائية التي يفرضها الطبيب. فتناول المريض للتغذية يكون تناولا عشوائيا فقط لكبت الجوع. وإن لم نقل أكل كل ما يؤكل في العائلة مع المراعاة القليلة مثلا للمواد السكرية والدهنيات...الخ. وهذا ما صرح به بعض المرضى * كقول هذه المريضة: "نقول للطبيبة ما عنديش باش ندير الريجيم واش كلاو الذراري ناكل". فالوجبات الرخيصة تفتقر إلى المواد التي يحتاجها الجسم للقيام بوظائفه بشكل طبيعي. فغلاء المعيشة، كثرة أفراد الأسرة وزيادة متطلبات الحياة كلها عوامل تؤثر حتما على تنفيذ تعليمات الطبيب، بما في ذلك التقيد بالنظام الغذائي. فالدخل المنخفض يؤدي بالضرورة إلى إنخفاض في مستوى تغذية الفرد عامة والمريض المزمن خاصة، حيث أن الغذاء هو عنصر حيوي في معيشة الإنسان، فأول شيء يصرف عليه الشخص هو الغذاء لتلبية الحاجات الغذائية للجسم وهي حاجات ضرورية، ثم تأتي الحاجات الأخرى والتي أغلبها ثانوية، والحفاظ على بقائه مرتبط بإشباع غريزته الغذائية. وفي هذا الصدد يمكن القول أن مستوى التغذية في الجزائر بين بعض فئات المجتمع الجزائري لم يصل إلى الحد المعقول، حيث يؤكد زياد الحافظ في مؤلفه أزمة الغذاء في الوطن العربي

* تصرح مجموعة من المرضى حول صعوبة إستخدام ريجيم بإستمرار بصفة منتظمة كالتصريحات التالية:
- "الريجيم ماشي 100% صعيب بزاف".
- "ناكل مع العايلة الظروف الإقتصادية هي السبة".
- "مرات خطرات نتبع وخطرات لا لا ناكل لي جات".
- "الريجيم مرات وكي تعجبني الحاجة ناكل، لولاد يقولولي يما ما تاكليش ونا نقولهم لالا ناكل لا نحب نموت نموت".
- "ماندیرش الريجيم، واش كاين في البلاد ناكلوا لي جات".

بأن الفقر "يجعل الناس يأخذون كميات ضئيلة من الغذاء وبنوعية سيئة تنعكس على حجم ونوعية اليد العاملة وبالتالي تساهم في إزدياد الفقر". (1)

وبالرغم من الجهودات المبذولة من طرف الدولة ونقابة العمال لرفع الدخل الشهري للفرد الجزائري وإسرارهم على تنفيذ القانون الأساسي للوظيف العمومي جانفي 2008 إلا أن مستويات المعيشة تبقى منخفضة لأن ذلك يتبعه إرتفاع في أسعار المواد الغذائية. فمشكل الغذاء في الجزائر يبقى الشغل الشاغل للمواطنين في تفكيرهم اليومي، حيث يشكل أكبر مشكل بعد المشكل الأمني. فالإنسان يحافظ على كيانه من خلال توفر التغذية والأمن في المجتمع. وفي هذا الصدد يقودنا الحديث إلى التكلم عن مشكلة عدم التوازن بين النمو الإقتصادي والنمو الديموغرافي، حيث أن السكان يتزايدون بسرعة مقارنة بالموارد الغذائية التي تتزايد ببطيء، فالنظرية المالتوسية * حول السكان مهمة جدا لمعرفة ظاهرة الفقر وتفسيرها. وعليه فإن إنتاج المواد الغذائية وتوفرها في السوق بالقدر الكافي للسكان وإنتقائها عملية صعبة المنال خاصة إذا كانت تلك العائلة تعرف فقرا كادحا وإنخفاض مستواها المعيشي بسبب كثرة عدد أفرادها. وهذا ما لمسناه من تصريحات المبحوثين.

ففي هذه الحالة المريض لا يمكنه الحصول على غذاء جيد ومتكامل من الناحية الغذائية، مما ينتج عن ذلك الضعف الجسدي على مواجهة المرض، إنعدام الرغبة في الشفاء والتغيير في نمط الحياة من ممارسات غير صحية إلى ممارسات صحية. وهذا بسبب الظروف المعيشية لأن "طعاما مناسب من مختلف المكونات الغذائية أمر لازم لتنظيم أنشطة الجسم الطبيعية، وأن سوء التغذية سبب رئيسي للقصور المناعي، حيث لا يؤثر فقط على السكان ذوي المواد الغذائية المحدودة بل أيضا على الأشخاص الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة، وعلى هؤلاء الذين يعانون من الأمراض المزمنة". (2)

لقد أسفرت تصريحات الأطباء والمرضى بأنه في المجتمع الجزائري لا يمكن إتباع نظام غذائي معين، كتصريح طبيبة مختصة في الطب الداخلي بمستشفى بني مسوس، حيث تقول: "كيما تعرفي الريجيم، المريض ما يقدرش يديريو خاطر المريض لي بالسكر لازم لو الخضرة والخضرة غالية والمريض في دزاير ما يقدرش

(1) زياد الحافظ، أزمة الغذاء في الوطن العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت، ط1، 1976، ص 15.

* النظرية المالتوسية: نسبة إلى روبارت توماس مالتوس العالم الديمغرافي الإنجليزي الذي ربط بين النمو الديمغرافي والنمو الإقتصادي ، حيث يرى أن عدد السكان يتزايد كل 25 سنة حسب متتالية هندسية بينما الموارد الإقتصادية تتزايد حسب متتالية حسابية. وهنا يحدث عدم التوازن بين النمو السكاني ونمو موارد العيش. فهو بنى نظريته على أساس مبدأين هما أن الإنجاب والتوالد ضروري لحياة الإنسان والغذاء أيضا ضروري لبقاء الإنسان لهذا إقترح موانع تحد من زيادة السكان أساها موانع إيجابية تتمثل في الحروب، المجاعات، الأمراض والأوبئة. والموانع الأخرى هي الموانع الإيجابية التي يكون للإنسان دخل فيها كتأخير سن الزواج والإمتناع عنه، التخلي عن العلاقات الجنسية وأيضا إستعمال وسائل منع الحمل.

(2) فيليب عطية، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1992، ص ص 110-111.

يدير الريجيم، ياكل الحبوب، العدس، وهايليك يما ثاني مريضة بالسكر سيبت نديرلها ريجيم كيما لازم ما تقدرش تدير تاكل الحبوب، في دزاير الريجيم Impossible شوية من المريض وشوية من الغلا".

وإستنادا على القول السابق للطبيبة، فإن المأكولات الموصوفة لمريض داء السكري، ضغط الدم والقلب غالية الثمن خاصة إذا كانت الخضر في موسم غير موسمها، تتطلب تكاليف باهضة الثمن لتوفيرها، لأنه لا يمكن إستعمال الريجيم والتخلي عن الدواء أو التقيد بالدواء والتخلي عن الريجيم، لا يمكن لعنصر أن يحل محل عنصر آخر إلا في بعض الحالات فقط يفرضها الطبيب، حيث تؤكد وزارة الصحة والسكان بأن "آثار الأزمة الإقتصادية ولدت إنخفاض في القدرة الشرائية التي زادت من نسبة المحرومين" [1]. وفي هذا الصدد فإن الفقر والجهل يقفان كعائقان أمام تحقيق التعاون مع الطبيب، والتمتع بالثقافة الصحية التي تعتبر عماد الصحة.

وإذا تكلمنا عن هذا المشكل، فإن المرضى ذوي المستوى المعيشي المرتفع محظوظين جدا من الناحية الإقتصادية والغذائية، فإنم يتقيدون بنظام غذائي معين مفروض عليهم، يساعدهم على التمتع بالصحة الطبيعية ولا يشكل لهم المال مشكل. وكما هو معروف فإن معظم المواد الغذائية، الخضروات والفواكه متوفرة في السوق خلال معظم فصول السنة، ولهذا المرضى ذوي الدخل المرتفع يشترون هذه الأغذية على مدار السنة. وفي هذا الصدد يشير المؤلف ألبير ساسون في مؤلفه أي تغذية للإنسان غدا، أنه "غالبا ما يقاس إرتفاع مستوى المعيشة بمؤشرات شاملة تخفي الفوارق الهامة بين الدخل والتفاوت في مجال الإغتذاء وسط السكان، فالطبقات الميسورة هي أول من يستفيد بعامة من تغذية جيدة ينبغي أن يستفيد منها فيما بعده الشرائح الإجتماعية الأخرى". [2]

وكخلاصة للقول، هو أن الدخل الشهري للمريض يؤثر تأثيرا فعالا في إستهلاك المواد الغذائية وفي تتبع نظام غذائي معين وبالتالي التأثير على الممارسات الصحية وعلى الثقافة الصحية. وهذا بالإستناد على تصريحات المرضى التي إستنبطناها من الميدان *، حيث أن البعض منهم إتصف بالإستهزاء في عملية إتباع نظام غذائي مما إنعكس ذلك سلبا على حالته الصحية. كحالة هذا المريض الذي يسرد حياته فيقول: "من

(1) وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني، وزارة الصحة والسكان، الجزائر، ديسمبر 1998، ص 56.

(2) ألبير ساسون، أي تغذية للإنسان إذا؟، تر: الأندلسي مصطفى، الناوي مصطفى، نشر الفنك، اليونيسكو، 1990، ص 207.

* تصريحات بعض المرضى حول تنفيذ نصائح الطبيب منها الحمية الغذائية:

- "ماشي ريجيم قوي برك ننقص من الماكلة لي تضرني".
- "كي نكون لاباس عليا ما نديرش الريجيم خاطر ما عنديش".
- "كل مرة كيفاه الماكلة غالية".
- "ما نتبعوش ريجيم كيما لازم الحال الشهرية لازم تكون مليحة".
- "الريجيم شوية شوية ماشي كيما توصفولك الطبيبة".
- "الريجيم ما نديرش ساعة على ساعة".
- "نحاول نطبق صعيب الحال باش نطبق 100%".

قبل ماكنتش ندير الريجيم وما كنتش نحافظ على صحتي وكي طحت فراش تعوقت إستعرفت بالغلطة وندمت على واش جوزت كي ما كنتش نحافظ على صحتي". وإضافة على ذلك فإن مريضة أخرى تقول: " أنا ندير الريجيم سمانة بسمانة وكي نشوف روحي مليحة نخليه، عندي شهر ما درتش وكي نشوف روحي ماشي مليحة نولي للريجيم وهكذا". وفي هذا السياق، نلاحظ إستهزاء المرضى وعدم مبالاتم بأهمية إتخاذ نظام غذائي معين في حياتم اليومية. كقول هذه المريضة : "الريجيم ساعات نتبع سمانة و عشر ايام وبعد شهر عادي وهذا بالدالة".

المطلب الثالث: الطبقة الإجتماعية ونمط الإستجابة للمرض:

إن المرض ظاهرة تؤثر في جميع الناس دون إستثناء، ولكن تأثيره يختلف من شخص لآخر حسب مدى الإستجابة للأعراض المرضية، إذ تؤثر عدة عوامل في هذه الإستجابة منها المستوى التعليمي، الثقافة والطبقة الإجتماعية التي تعتبر متغير فعال في ذلك، حيث أن أفراد الطبقات العليا بمجرد الشعور بالألم يسارعون لزيارة الأطباء وحتى أنم خلال فترات زمنية معينة يلجئون إلى الخدمة الصحية للإطمئنان على صحتهم. عكس الفقراء الذين لا يستجيبون بسهولة للأعراض المرضية، فهم يتجاهلونا ويتبعون بدائل علاجية لا تكلفهم كثيرا. وفي بعض الحالات يتباطئون في اللجوء للخدمة الصحية، وهذا ينعكس سلبا على صحتهم، فتتفاقم الحالة المرضية ويصعب علاجها. ومن خلال ذلك حاولنا في دراستنا هذه إبراز العلاقة بين الطبقة الإجتماعية التي حددناها في الدخل الشهري الأسري ومدى تأثير ذلك على الإستجابة للمرض إنطلاقا من الجداول التالية:

جدول رقم (70): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى اللجوء إلى الطبيب.

المراحل المتبعة / الدخل الشهري الأسري	تجاهل الأعراض المرضية	التأكد من طبيعة المرض	تناول دواء دون إستشارة الطبيب	اللجوء إلى العلاج الحديث	اللجوء إلى العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الصلاة الدعاء الصبر وقراءة القرآن	الموع
[أقل من 10.000دج[	27 % 15.17	06 % 3.37	27 % 15.17	30 % 16.85	75 % 42.13	01 % 0.56	02 % 1.13	06 % 3.37	04 % 2.25	178 % 100
[20.000-10.000دج[	17 % 19.54	07 % 8.05	16 % 18.39	32 % 36.78	14 % 16.09	- -	- -	01 % 1.15	- -	87 % 100
[30.000-20.000دج[	03 % 12	03 % 12	04 % 16	10 % 40	04 % 16	- -	- -	01 % 4	- -	25 % 100
[30.000دج فأكثر[	- -	- -	02 % 20	05 % 50	03 % 30	- -	- -	- -	- -	10 % 100
الموع	47 % 15.67	16 % 5.33	49 % 16.33	77 % 25.67	96 % 32	01 % 0.33	02 % 0.67	08 % 2.67	04 % 1.33	300 % 100

جدول رقم (71): يبين توزيع أفراد العينة حسب أسباب اللجوء إلى الممارسات غير الصحية.

أسباب اللجوء إلى ممارسة غير صحية	التكرار	النسبة %
الخبرة الشخصية والتجربة	25	10
الظروف المادية	124	49.6
المشاكل	05	2
النية في الشفاء	83	33.2
العادات والتقاليد	02	0.8
الكره من الأطباء والدواء	09	3.6
عدم توفر الوقت والإنشغال بالعمل	02	0.8
الموع	*250	100

ملاحظة: الموع أكبر من حجم العينة وهو يخص المرضى الذين يمارسون ممارسات غير صحية، حيث يوجد تكرار لبعض الحالات.

لقد أبرزت نتائج دراستنا من خلال معطيات الجدول رقم (70) أن هناك علاقة بين المستوى المعيشي واللجوء للخدمة الصحية، حيث أن الأفراد ذوي المستوى المعيشي المنخفض يتباطئون في زيارة الطبيب لأن ذهابم يكلفهم الكثير من المال، لذا يلجئون إلى البدائل العلاجية وأهمها العلاج التقليدي الذي لا يكلفهم الكثير. إذ أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثين الذين يلجئون للعلاج التقليدي في حالة تعرضهم للمشاكل المرضية أي بنسبة تقدر بـ 32 % من مجموع المبحوثين مقارنة بنسبة 25.67 % من المبحوثين يلجئون إلى العلاج الحديث، نسبة 16.33 % في صنف تناول دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 15.67 % من المبحوثين كانت إجاباتم في صنف تجاهل الأعراض المرضية، نسبة 5.33 % في صنف التأكد من طبيعة المرض، نسبة 2.67 % في صنف الإرتياح، نسبة 1.33 % في صنف الصلاة، الدعاء، الصبر، قراءة القرآن ونسبة منخفضة في صنف البكاء بـ 0.67 % من مجموع المبحوثين.

إن الإتجاه العام للجدول المتمثل في صنف اللجوء للعلاج التقليدي يعزز من طرف المرضى الذين دخلهم الشهري الأسري أقل من مليون، وذلك بنسبة 42.13 % مقابل نسبة 16.85 % من نفس فئة الدخل يلجئون للعلاج الحديث، نسبة 15.17 % إجابات المبحوثين كانت في صنف تجاهل الأعراض المرضية وأيضا تناول دواء دون إستشارة طبية، نسبة 3.37 % في صنف التأكد من طبيعة المرض ونفس النسبة في صنف الإرتياح، نسبة 2.25 % من المبحوثين كانت إجاباتم في صنف الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن ونسبة 1.13 % من المبحوثين إجاباتم إنصبت في صنف البكاء. وأخيرا نسبة 0.56 % من المبحوثين كانت إجاباتم في صنف تناول أدوية وأعشاب طبية في آن واحد.

لنصل إلى المبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري [30.000دج فأكثر[، حيث يتوزعون كما يلي: نسبة 30 % من المبحوثين يلجئون للعلاج التقليدي، مقابل نسبة 50 % من المبحوثين يلجئون للعلاج

الحديث في حالة المشاكل الصحية، نسبة 20 % من المرضى في حالة تعرضهم للمرض يتناولون دواء دون إستشارة طبية وتنعدم النسب في الأصناف المتبقية.

أما بالنسبة لأفراد العينة من فئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[، فنجد من بينهم نسبة 16.09 % من المبحوثين يلجئون للعلاج التقليدي في حالة التعرض للمرض مقابل نسبة 36.78 % من المرضى يستشيرون مباشرة الأطباء في حالة تعرضهم للمشاكل الصحية، نسبة 19.54 % من المبحوثين في حالة التعرض للمرض يتجاهلون الأعراض المرضية، نسبة 18.39 % من المبحوثين في حالة المرض يتناولون أدوية دون إستشارة طبية، نسبة 8.05 % من أفراد العينة أول مرحلة هي التأكد من طبيعة المرض قبل أخذ أي قرار وأخيرا نسبة 1.15 % من المبحوثين اللجوء للإرتياح في حالة التعرض للمرض.

وتكملة لقراءة الجدول، نجد أن أفراد العينة من فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[يمثلون نسب مختلفة، نسبة 16 % لكلا من المبحوثين الذين يلجئون إلى العلاج التقليدي وأيضا تناول دواء دون إستشارة الطبيب مقابل نسبة 40 % من أفراد العينة إجاباتم كانت في صنف اللجوء للعلاج الحديث، نسبة 12 % من المبحوثين في الصنفين التاليين: تجاهل الأعراض المرضية والتأكد من طبيعة المرض وأخيرا نسبة 4 % من المرضى إجاباتم إنصبت في صنف الإرتياح.

إنطلاقا من الجدول السابق، نرى بأنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري والسلوك المتبع أثناء التعرض للمشاكل الصحية، حيث أبرزت نتائج الجدول رقم (71) أن أغلبية المبحوثين يرجعون أسباب اللجوء إلى الممارسات غير الصحية في حالة التعرض للمرض إلى الظروف المادية الصعبة، وذلك بنسبة 49.60 %.

وعليه إتضح جليا من القراءة الإحصائية للجدول أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض والممارسات الصحية المتبعة لعلاج المشاكل الصحية، حيث أن إرتفاع الدخل الشهري الأسري يتبعه اللجوء للعلاج الحديث. أما إنخفاضه فيتبعه لجوء المرضى أكثر للعلاج التقليدي، وتفسير هذا الأخير يرجع إلى سبب الفقر وعدم قدرة المرضى منخفضي الدخل على إستشارة الطبيب واللجوء للمستشفى نظرا لعدم توفر وسائل النقل، قلة المال وبعد المستشفى عن مكان إقامتهم. وأن إستشارة الطبيب تكلفهم أموالا خاصة في العيادات الخاصة، تكاليف الكشف، الدواء، التحاليل والأشعة الطبية باهظة. وبالتالي فهم يبحثون عن بدائل علاجية لا تكلفهم كثيرا، ويجدون أن أحسن هذه البدائل هي العلاج التقليدي المتمثل في الأعشاب الطبية. وهذا ما أبرزته تصريحات المرضى، إذ توضح مريضة فتقول: "كي يحبطلي السكر خلاص ما عنديش نحوس على العشب". فقلة هذا الوعي الصحي وإنخفاض الثقافة الصحية يجعلان المريض المصاب بمرض مزمن لا يتعاون مع طبيبه لأن الطبيب من بين توصياته لمريضه هي تأكيده له بإستشارة الأطباء في حالة التعرض للمرض لأن حالتهم الصحية لا يجب الإستهانة با. فالمريض نتيجة إنخفاض دخله الشهري الأسري يبني ثقافة صحية في مخيلته. فماله غير كاف لإستشارة الأطباء وبالتالي اللجوء مباشرة إلى الطب

التقليدي لمعالجة الحالة المرضية ولو جزئيا، ويستخدم إحتمالاته في ذلك إن زال الألم والتعب إنتهى الأمر، وإن حدث عكس ذلك وإستمر الخطر يتوجه إلى الخدمة الصحية. وعليه نستنتج بأن إنخفاض الدخل الشهري الأسري للمريض يؤثر على القدرة الشرائية وعلى إستشارة الأطباء وتلبية حاجاته الصحية مما يؤثر على ثقافته الصحية ووعيه الصحي. وهذا ما يجعله يمارس ممارسات غير صحية حسب مخياله الإجتماعي، خبراته الشخصية وتجاربه الحياتية.

وفي هذا الصدد فإن معظم الدراسات تؤكد العلاقة بين الواقع الإجتماعي للمريض واللجوء للخدمة الصحية من حيث التسارع أو التباطؤ في إستشارة الأطباء، وكانت دراسة علي المكاوي رائدة في هذا المجال، حيث ربط بين الطبقة الإجتماعية واللجوء للخدمة الصحية، وأكد بأن عمليات الفرز ذات الطابع الإجتماعي والإقتصادي في المجتمع تجعل شخصا معينا طالبا العلاج واللجوء لإحدى المؤسسات العلاجية الطبية لطلب المساعدة الطبية، من حيث إدراك الفرد لمدى حاجته للمساعدة الطبية وقراره بالبحث عنها. والتي ترتبط بأسباب المركز الإجتماعي الذي يفسر تأخر المرضى في إتخاذ القرار السليم بالتوجه للطبيب[1]، حيث تطرق "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" من خلال معالجته لدور المريض إلى هذا العنصر وهو البحث عن المساعدة الطبية. ففي هذا المجال فإن البحث عن هذه المساعدة هو إلتزام وواجب المريض التقيد بما لتمتعه بالصحة الطبيعية والتعاون مع الطبيب لإنجاز الهدف الذي يسعى إليه كل من العاملين في النسق الطبي، وإذا تأخر أو تباطأ الفرد في البحث عن مساعدة لحالته المرضية، فإنه يفتقد الرغبة، الإرادة وقلة الدافع في التمتع بالصحة الطبيعية.

وإستكمالا للجدول السابق، فإن الجدول اللاحق يبين مدى تأثير الدخل الشهري الأسري على معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية، حيث أن علاج هذا المرض يبدأ بالطرق الطبية وينتهي بالطرق غير الطبية وهذا راجع إلى إنخفاض المستوى المادي للمريض الذي يؤثر بدوره على وعيه الصحي. وهذا ما سوف نوضحه في الجدول التالي.

(1) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ص 219-291.

جدول رقم (72): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري ومدى معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية.

المعالجة بالطرق غير الطبيبة / الدخل الشهري الأسري	نعم			الموع الجزئي	لا	الموع الكلي
	الإستشفاء بالأولياء	الأعشاب الطبية	الحجامة والرقية			
[أقل من 10.000دج[	- -	98 % 55.06	13 % 7.30	111 % 62.36	67 % 37.64	178 % 100
[20.000-10.000دج[	01 % 1.14	37 % 42.53	06 % 6.90	44 % 50.57	43 % 49.43	87 % 100
[30.000-20.000دج[	- -	11 % 44	01 % 4	12 % 48	13 % 52	25 % 100
[30.000دج فأكثر[	- -	03 % 30	- -	03 % 30	07 % 70	10 % 100
الموع	01 % 0.33	149 % 49.67	20 % 6.67	170 % 56.67	130 % 43.33	300 % 100

ما يمكن ملاحظته من معطيات الجدول رقم (72)، هو أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري لرب الأسرة ومدى معالجة المرض المزمن بأحد الطرق غير الطبية.

وفي هذا الصدد نلاحظ من الجدول أن أغلبية المبحوثين يلجئون لعلاج مرضهم المزمن بطرق غير طبية، وذلك بنسبة تقدر بـ 56.67 % من مجموع المبحوثين المستجوبين، وقد تمثلت الطرق غير الطبية في كل من العلاج بالأعشاب الطبية بنسبة 49.67 % ، نسبة 6.67 % بالنسبة للعلاج بالحجامة والرقية ونسبة ضعيفة وهي 0.33 % الإستشفاء بالأولياء. مقابل نسبة 43.33 % من المبحوثين لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري، نجد بأن المبحوثين من فئة الدخل المنخفض أقل من مليون يتوزعون بنسبة 62.36 % بالنسبة للمبحوثين الذين يتبعون طرق غير طبية في علاج مرضهم المزمن أي نسبة 55.06 % بإستعمال أعشاب طبية ونسبة 7.30 % إستعمال الحجامة والرقية مقابل نسبة 37.64 % من نفس فئة الدخل من المبحوثين لا يستعلون الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

وبإرتفاع الدخل الشهري الأسري تنخفض نسبة المرضى الذين يتبعون الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن، حيث أن فئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[يمثلون نسبة 50.57 % من المبحوثين يلجئون إلى الطرق غير الطبية من بينهم 42.53 % من المرضى يمارسون أعشاب طبية لعلاج

مرضهم المزمن، نسبة 6.90 % يعالجون مرضهم المزمن بالحجامة والرقية ونسبة 1.14 % يستشيرون الأولياء الصالحين لعلاج مرضهم المزمن مقابل ذلك نسبة 49.43 % من المبحوثين من فئة الدخل السابقة لا يعالجون مرضهم المزمن (داء السكري، ضغط الدم والقلب) بالطرق غير الطبية.

في الحين نجد أن المبحوثين الذين دخلهم الشهري الأسري يتراوح ما بين [20.000-30.000دج[يتمركزون بنسبة قليلة في صنف المبحوثين الذين يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية وذلك بنسبة تقدر بـ 48 %. ومن بينهم نجد نسبة 44 % من المبحوثين يستعملون أعشاب طبية و نسبة 4 % فقط يعالجون مرضهم المزمن بالحجامة والرقية. وأن هذه النسبة تقابل نسبة 52 % من المبحوثين من فئة الدخل السابقة لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

وفي المرتبة الأخيرة، فإن أفراد العينة من فئة الدخل الشهري الأسري [30.000 دج فأكثر[يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية بنسبة 30 % أي نسبة 30 % المعالجة بالأعشاب الطبية. مقابل نسبة 70 % من أفراد فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

إن الطب الشعبي هو أحد البدائل العلاجية التي يلجأ إليها المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب. وأصبح هذا الطب يتفاعل جنبا إلى جنب مع الطب الحديث، فغالبا ما يلجأ المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في بداية مرضهم إلى الأطباء والمستشفيات وعند اليأس من الشفاء نائيا، الكره من الأطباء والممارسات غير المنطقية للعاملين في النسق الطبي وأيضا كره الأدوية الكيميائية وينتهي بم المطاف بالطب الشعبي والعلاج التقليدي. وهذا ما صرّح به المرضى. إذ تقول مريضة "أنا كرهت من الطبة ودوا الطبيب". أما مريض لآخر فيقول: "الواحد يكره ويتقلق، تتقلق بزاف كي تكون المشاكل ومرات كي تروح لزنقة ونشوف حاجة ما تعجبنيش نتقلق وفي السبيطار نتقلق، غير البيروقراطية في السبيطارات والبيسطوا وغير هذاك من المشاكل لي يتلقاها المريض". فغالبا ما تكون الظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها المريض سببا من أسباب هذه الممارسات. وهذا ما صادفناه بين أفراد عينتنا، حيث أن الدخل الشهري الأسري للفرد له علاقة مع معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية وأيضا بالطرق الطبية. فكلما إرتفع الدخل الشهري الأسري للمريض كلما قل اللجوء لمعالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية والعكس صحيح. كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما إرتفعت نسبة ممارسة العلاج التقليدي وعلاج المرض المزمن بالطرق غير الطبية. ويرجع ذلك أساسا إلى الوضع المادي المنخفض للمصاب، لأن الطرق غير الطبية المتمثلة في الأعشاب الطبية، الوصفات الشعبية التقليدية لا تكلف كثيرا من الأموال، وهذا السبب يغرس بعض الأفكار والمعتقدات في مخيلة المريض وفي تفكيره وإيمانه بفعالية الطب الشعبي الذي يراه فعال في علاج الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب. ويرجع ذلك إلى ثقافته الشعبية، عاداته، تقاليده وكيفية معالجة المرض في الماضي، حتى أن تجربته الشخصية لها أثر على تفكيره وعلى ثقافته الصحية حسب تصريحات المرضى. فالأسباب الرئيسية من ممارسة هذا النوع من

العلاج الشعبي لعلاج المرض المزمن إلى الظروف الإقتصادية، المادية وإلى الإشهارات في وسائل الإعلام خاصة المقعرات الهوائية .

جدول رقم (73) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب.

الحالات المرضية / الدخل الشهري الأسري	الحالات المرضية الخطيرة	الحالات المرضية البسيطة	الحالات المرضية البسيطة أحيانا والحالات الخطيرة أحيانا أخرى	الموع
أقل من 10.000دج[	142 % 79.77	35 % 19.66	01 % 0.56	178 % 100
[10.000-20.000دج[	64 % 73.56	23 % 26.44	- -	87 % 100
[20.000-30.000دج[	11 % 44	14 % 56	- -	25 % 100
[30.000-فأكثر[	01 % 10	09 % 90	- -	10 % 100
الموع	218 % 72.66	81 % 27	01 % 0.33	300 % 100

جدول رقم (74): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة / الدخل الشهري الأسري	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة قصيرة يوم- يومين	مدة متوسطة 3-4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	مدة طويلة جدا أكثر من15 يوم	الموع
[أقل من 10.000دج[	12 % 6.74	47 % 26.40	24 % 13.48	69 % 38.76	26 % 14.61	178 % 100
[10.000-20.000دج[	14 % 16.09	24 % 27.59	12 % 13.79	16 % 18.39	21 % 24.14	87 % 100
[20.000-30.000دج[	06 % 24	08 % 32	02 % 8	05 % 20	04 % 16	25 % 100
[30.000دج فأكثر[	05 % 50	04 % 40	- -	01 % 10	- -	10 % 100
الموع	37 % 12.33	83 % 27.67	38 % 12.67	91 % 30.33	51 % 17	300 % 100

يمثل الجدول رقم (73)، توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب، حيث أوضحت بياناته أن المريض غالبا ما يلجأ إلى الطبيب عند تأزم الحالة

المرضية وصعوبة الشفاء، أي اليأس من الشفاء، فمثلت النسبة 72.66 % من أفراد العينة يستشيرون الأطباء في حالة ظهور الأعراض المرضية الخطيرة.

ولإبراز مدى تأثر الحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض للطبيب بمتغيرات أخرى، أدخلنا على هذا المتغير التابع، المتغير المستقل والمتمثل في الدخل الشهري الأسري للمريض وكانت النتائج كما يلي:

إن معطيات الجدول رقم (73)، توضح من خلال الوهلة الأولى أن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب، حيث أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان اللجوء للطبيب بعد تأزم وتفاقم المرض، الأعراض المرضية الخطيرة والعكس صحيح كلما إرتفع الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان اللجوء أسرع للطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة.

وعليه فإن الإتجاه العام للجدول والمتمثل في اللجوء للطبيب في حالة الأعراض المرضية الخطيرة يتمركز في فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض أقل من مليون، وذلك بنسبة 79.77 % من المبحوثين يلجئون للطبيب بعد تفاقم الحالة المرضية والأعراض الخطيرة مقابل نسبة 19.66 % من أفراد العينة من نفس فئة الدخل الشهري الأسري يلجئون للطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة ونسبة 0.56 % من المرضى يستشيرون الأطباء أحيانا في حالة ظهور أعراض مرضية بسيطة وأحيانا ظهور أعراض مرضية خطيرة.

أما بالنسبة للمبحوثين لفئة الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[، نجد من بينهم نسبة 73.56 % من المبحوثين يستشيرون الأطباء عند ظهور الأعراض المرضية الخطيرة مقابل نسبة 26.44 % من أفراد العينة يستشيرون الأطباء بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة.

وفي نفس السياق، فإن المبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[تنخفض النسبة عند المبحوثين الذين يلجئون للطبيب في حالة تأزم الحالة المرضية أي في حالة الأعراض المرضية الخطيرة، وذلك بنسبة 44 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل مقابل نسبة مرتفعة بالنسبة للمبحوثين الذي يلجئون للطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة، حيث تقدر نسبتهم بـ 56% من المبحوثين من نفس فئة الدخل الشهري الأسري [20.000-30.000دج[.

وفي المرتبة الأخيرة، نسجل نسب مختلفة للمبحوثين في فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا [30.000دج-فأكثر[، حيث تمثل نسبة المبحوثين من فئة الدخل هذه والذين يلجئون للطبيب في حالة الأعراض الخطيرة نسبة منخفضة تمثل 10 % مقارنة بالمبحوثين الذين يسارعون لزيارة الطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة من نفس فئة الدخل والذين مثلوا نسبة 90 % من مجموع فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا.

إستنادا على الجدول السابق رقم (73)، فإن الجدول رقم (74)، يوضح لنا المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب وتأثرها بالدخل الشهري الأسري للمريض، حيث أثبتت نتائجه أن فئة كبيرة من أفراد العينة يستغرقون مدة طويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، وذلك بنسبة تقدر بـ 30.33 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 27.67 % من المبحوثين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة، نسبة 17 % من أفراد العينة يلجئون للطبيب بعد مدة طويلة جدا من ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، نسبة 12.67 % من المرضى تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة المتوسطة ونسبة 12.33 % من أفراد العينة يستشيرون الأطباء في مدة قصيرة جدا من ظهور الأعراض المرضية وزيارة الأطباء.

تبين معطيات الجدول رقم (74) من خلال الوهلة الأولى أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، حيث إتضح أن المبحوثين من فئة الدخل المنخفض أقل من 10.000دج يتوزعون كما يلي: نسبة 38.76 % من أفراد العينة من الدخل المنخفض تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة تقابلها نسبة 26.40 % من نفس فئة الدخل تنحصر مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة، نسبة 14.61 % من المبحوثين ذوي الدخل المنخفض يلجئون للطبيب بعد مدة طويلة جدا، نسبة 13.48 % بالنسبة للمرضى من نفس فئة الدخل يستشيرون الأطباء في مدة زمنية متوسطة من ظهور الأعراض المرضية. وآخر النسب من فئات الدخل المنخفض نجدها بنسبة 6.74 % من المبحوثين إجاباتم إنصبت في صنف مدة قصير جدا.

في حين نجد أفراد العينة ذوي الدخل المرتفع [20.000-30.000دج[يمثلون نسبة 20 % من المبحوثين كانت إجاباتم تتمركز في صنف المدة الطويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب مقارنة بنسبة المبحوثين الذين يستشيرون الأطباء في مدة قصيرة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بنسبة 32 %. أما المبحوثين الذين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة جدا يمثلون نسبـة 24 % من المبحوثين من فئة الدخل السابقة ونسبة 16 % بالنسبة للمبحوثين الذين يلجئون للطبيب في مدة زمنية طويلة جدا. وأخيرا نسبة 8 % من المبحوثين يستشيرون الأطباء في مدة متوسطة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

أما بالنسبة لفئة المبحوثين من ذوي الدخل الشهري الأسري [10.000-20.000دج[نسجل نسب مختلفة بين الأصناف، ويمثلون ما يلي: نسبة 18.39 % من المبحوثين مدة ظهور أعراضهم المرضية وزيارة الطبيب هي مدة طويلة مقابل نسبة 27.59 % من أفراد العينة من نفس فئة الدخل المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية لديهم وزيارتم للطبيب هي مدة قصيرة، نسبة 24.14 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة طويلة جدا. أما بالنسبة للمدة القصيرة جدا بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب تمثلت في نسبة 16.09 % من مجموع المبحوثين من فئة الدخل

السابقة. وأخيرا نسبة المبحوثين الذين يستشيرون الأطباء في مدة متوسطة تقدر نسبتهم بـ 13.79 % من مجموع المبحوثين من فئة الدخل [10.000-20.000دج[.

وفي نفس سياق القراءة الإحصائية للجدول، فإن أفراد العينة الذين دخلهم الشهري الأسري المرتفع جدا [30.000دج فأكثر[، فإنم يتباطئون في زيارة الطبيب بنسب ضعيفة جدا تقدر بـ 10 % مقابل التسارع في زيارة الطبيب بنسبة مرتفعة في صنف مدة قصيرة جدا، وذلك بنسبة 50 % من أفراد العينة الذين دخلهم الشهري مرتفع جدا. ونجد فقط نسبة 40 % من المبحوثين من فئة الدخل السابقة يلجؤون للطبيب في مدة قصيرة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدولين السابقين، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض وسرعة اللجوء للخدمة الصحية. إذ أن المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع يسارعون في إستشارة الأطباء بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة في مدة قصيرة، عكس المرضى ذوي الدخل الشهري المنخفض الذين يتباطئون في إستشارة الأطباء، واللجوء إليهم في حالة خطورة الأعراض المرضية الخطيرة وتفاقمها. ونتيجة ذلك تطول المدة الزمنية بين ظهور هذه الأعراض وزيارة الطبيب.

إن التأخر في إستشارة الأطباء وعدم التوجه للخدمة الصحية بمجرد ظهور الأعراض المرضية حتما له علاقة بالوضعية الإقتصادية للمريض، لأن ذلك يؤثر على أفكاره وممارساته، وأيضا أن إنخفاض مستواه المادي لا يسمح له بتلبية جميع متطلباته، وقد يكون المطلب الصحي آخر مطلب يفكر فيه الفقير. وهذا ما رصدناه من أقوال وآراء المبحوثين. إذ يظهر ذلك من خلال تصريح هذه المريضة التي تقول: "الوسائل المادية هي لي تخلي الإنسان ما يروحش للطبيب". ويضيف مريض آخر: "ما عندي الدراهم ما نروح للطبيب". وهذا كله راجع إلى الظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها المريض، حيث يقول لنا مريض حرفيا: "ما تكفيش الشهرية الإنسان يشح يشح الله غالب الدراهم أنا ما عنديش". فهو يتماطى ويتباطأ ضنا منه زوال المرض وسوف سيصل إلى مرحلة التمتع بالصحة الطبيعية، وهذا نتيجة قلة وعيه الصحي والثقافة الصحية التي هي لا تعتبر فقط مجرد معلومات طبية بل تتضمن أيضا رغبة، إرادة وقدرة على تغيير نمط الحياة والممارسات غير الصحية إلى ممارسات صحية، وحتى تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة. وغالبا ما يكون الدخل معيقا لذلك. فهذا العامل يدفع بالمريض المصاب بمرض مزمن لأخذ مثل هذه المواقف والممارسات. نظرا لقلة المال وخوفه من التأثير على ميزانية الأسرة ومن تكاليف العلاج. وقد أرجع المبحوثين أسباب التباطؤ في زيارة الطبيب إلى الظروف المعيشية الصعبة. وكما هو معروف، فإن تدني المستوى الإقتصادي لأي عائلة لا يسمح لها بتلبية جميع متطلباتا، خاصة المساهمة في تكاليف العلاج وزيارة الطبيب، يعني ذلك أن المرض يكلف حتما المرضى وعائلاتم أموالا باهظة. لذا نجدهم يتصرفون بطرق غير صحية لإزالة الألم والتخلص من المرض. ويرجع هذا كله إلى عامل الظروف الإقتصادية التي تعرقل الحياة اليومية للشخص.

وذلك بسبب البطالة، الإضطرابات وفقدان المواد الأولية أو غلاء إستيرادها، حيث تلعب دورا فعالا في هذا التدني، لذا يمكن القول بأن الفقر والغنى قطبان لمعادلة واحدة.

ويعتبر التدرج الإجتماعي من أهم العوامل التي تؤثر في الصحة و المرض، بحيث أن الأفراد المنتمين إلى فئة إجتماعية دنيا أقل إستجابة للأعراض المرضية، لأنهم يرون أن الأعراض تحتاج إلى الذهاب للطبيب من أجل تحديد ما إذا كانوا مرضى فعلا أم لا، وهذا ربما يكلفهم أموالا أو على الأقل يضطرون إلى أخذ إجازة من العمل إذا كانوا يمارسون عملا، ربما هم في حاجة ماسة إليه، نتيجة للمسؤولية التي يتحملونا. فالشخص الفقير يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم من عمله، كما أن هذا النوع من المرضى غالبا ما يؤمن بالقدرية في المرض، و هذا يجعلهم أقل إتجاها إلى إستخدام الطب الوقائي، حينما يمرضون. وبالطبع هذا التصرف سيؤخر من عملية العلاج و الوقاية من مضاعفات المرض المزمن. بالتالي حالتهم الصحية جد مضطربة، مقارنة بالأشخاص المنتمين إلى أعلى المستويات المعيشية، حيث أنهم بمجرد الشعور بالمرض والألم يسارعون إلى البحث عن المساعدة الطبية، لتخفيف الألم، و هذا يرجع بالطبع إلى إعتبارات إقتصادية، فالشخص في هذه الحالة لا يهمه إذا كان يترك عمله لكي يرى الطبيب ولا يهمه المال والتكاليف العلاجية، لذا فإن الدخل المرتفع يمكن صاحبه من الذهاب إلى الطبيب للنصح و الإرشاد في أقرب وقت ممكن، لتفادي شر التعقيدات و الأخطار المرضية. ويمكن القول أن التأخر في اللجوء إلى الإستشارة الطبية، يرجع أساسا إلى عامل الفقر وإلى عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية، وهذا كله ينبثق عن النظام الإقتصادي والإجتماعي الذي أطاح بآليات التكافل التقليدية، لأن الفرد يجب أن يجني النقود كي يعيش.

إضافة على ذلك، فإن توصيل الخدمات الطبية الجيدة يرتبط أيضا بالتمايزات البيئية والإجتماعية، وبوجه عام نادرا ما تستطيع الجماعات الإجتماعية الفقيرة إستشارة الأخصائيين و القيام بالأشعة و التحاليل الطبية، أي قيمة تكاليف الخدمات الصحية مرتفعة، حيث أن الرعاية الطبية التي تتلقاها تلك الفئات محدودة وأن مستواهم المادي منخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسب أقل من الذين مستواهم المادي عالي. وأن معظم هذه الشريحة من الفقراء لا يحملون بطاقة التأمين الإجتماعي،و بذلك يترددون على الطبيب بنسب أقل (بصفة محتشمة) لذا نجدهم يعانون الكثير من المشاكل الصحية و يتعرضون للكثير من الأمراض المزمنة. فالفقير عادة لا يستجيب للمرض ولطلب العلاج. ويتضح ذلك من خلال تصريح بعض المرضى، إذ أن سعالا بسيطا و الذي قد يكون مؤشرا على مرض خطير قد يتغاضى عنه الفرد و لا يسعى لطلب العناية الصحية، إذا كانت حالته المادية لا تسمح له بذلك، ولكنه قد يضطر إلى الذهاب إلى الطبيب بعد أن تسوء حالته، و يصبح الوقت متأخرا بالنسبة له.

ولقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك عدة أسباب تجعل المريض يتأخر ويتباطأ في إستشارة الأطباء، منها البحث الذي قام به "بلاكويل Blackwell" سنة 1963 والذي تبين من خلاله أن هذا التأخير يرجع إلى سبب أو عدة أسباب منها: إنشغال المريض بمسؤوليات لا يستطيع تركها لأحد، ومثال عن

ذلك الأم التي تقوم بالإشراف على أطفالها ولا تجد من يحل محلها، فلا يمكنها تركهم للذهاب لإستشارة الطبيب. وأيضا شعور المريض بالخوف، القلق، التوتر أو الإضطراب النفسي من جهة. ومن جهة أخرى شعوره بنوع من الكراهية نحو الأطباء بصفة عامة نتيجة لخبرات سيئة عن حالات مرضية سابقة، سواء خبرات ذاتية أو خبرات عن حالات مرّ با أحد من أصدقائه أو أقربائه. هذه كلها عوامل تؤدي بالمصاب إلى التأخير في طلب الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد فإن ضعف مستواه الثقافي، الإجتماعي والإقتصادي سببا في ذلك. ومن الواضح أن الأعراض المرضية وحدها ليست كافية في معظم الحالات لدفع الشخص مباشرة لإستشارة الطبيب. وأن أسباب تأخير عرض الحالة على الطبيب، هي أسباب إجتماعية قد تكون ناتجة عن عوامل ثقافية حضارية، وقد تكون نتيجة لمواقف إجتماعية معينة تأثر با الشخص بطريق مباشر أو غير مباشر في حياته. (1)

وإذا ما طبقنا نظرية نموذج المعتقدات الصحية * التي توضح بأن سلوك الفرد يتحدد من خلال بعض الدوافع الداخلية والخارجية مثل تحقيق أكبر قدر من الحاجات والحوافز، وما هي القيمة التي يقدرها الشخص المصاب لذلك السلوك أو الممارسة، حيث أن إتخاذ القرار يعتبر سلوكا ناتج عن عدة دوافع للقيام به، القيمة و الأهداف المسطرة لهذا السلوك.

إن سلوك إستشارة الأطباء يتوقف على عدة دوافع تدفع المريض المصاب بمرض مزمن للقيام بذا السلوك. ففي هذه الحالة دافعه هو السعي نحو الشفاء وتجنب المرض بكل أشكاله، وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف السابق هي رغبته وإرادته في أن يصبح في حالة صحية طبيعية وتقديره تقدير ذاتي بمدى إحتمال نجاح هذا السلوك. وتحقيق الهدف هو إعتقاد المريض بأن سلوكه الصحي كالتوجه للطبيب سوف يحميه من تطور الحالة المرضية، يخفف عنه المرض ويسترجع صحته الطبيعية، حيث تشير فوزية رمضان أيوب بأن "الناس عادة لا يحاولون إتخاذ أي إجراء للوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية (...) وكانوا يرون أن إحتمال تعرضهم للمرض وتديده لهم هو إحتمال

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 61.

* تطرقت إليه الباحثة المصرية فوزية رمضان أيوب في مؤلفها علم الإجتماع الطبي، في الصفحة 67-68. إذ ترى أن نموذج المعتقدات الصحية الذي هو نظرية نفسية إجتماعية سلوكية مفادها أن سلوك الفرد يتحدد إنطلاقا من دوافع داخلية تدفع بذا الفرد نحو تحقيق حاجياته وأهدافه الخارجية (الحوافز). فهذا النموذج إتجاها يرتكز على نماذج التوقع على أساس القيمة Valeur، وهو إتجاه يحاول وصف عملية إتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة من التردد أو عدم الثقة، حيث يرى إمكانية التنبؤ بالسلوك بواسطة قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها والوصول إليها. فتوقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معينا سوف يحقق هذه الأهداف. وفي هذا الصدد يرتكز هذا النموذج على أن إستعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدده ما يراه هو من إحتمال تعرضه للمرض ومدى خطورة هذا المرض ونتائجه العضوية والإجتماعية. وأيضا أن الفرد يقيم جدوى أو فائدة السلوك المقترح الذي يقوم به، ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بذا السلوك في نظر الفرد ذاته، وهذا من حيث التكاليف أو الأضرار أو المعوقات الجسمية، النفسية أو الإقتصادية. وأخيرا فإن مثير السلوك يدفع الفرد إلى البحث عن السلوك الصحي المناسب، حيث يمكن أن يكون هذا المثير داخليا كالأعراض المرضية أو خارجيا مثل إحتكاك الفرد بغيره أو بوسائل الإعلام.

قائم، وكانوا مقتنعين بجدوى محاولة الوقاية أو العلاج، وبإمكانية إتخاذ الإجراء المطلوب أو المقترح إتخاذه لذلك دون معوقات تذكر أو بقليل من الصعوبات". [1]

ويمكن القول بأن العوامل الإقتصادية تؤثر على الدوافع، الخبرات والمعلومات الصحية للفرد التي هي جزء من ثقافته الصحية، والتي تساهم في تحديد السلوك الصحي له وفي السرعة أو التباطؤ في إستشارة الأطباء. وأن المواقف تحدث بين الصحة الطبيعية والمرض، وهذا بدأ من ظهور الأعراض المرضية. فالسلوك الذي يقوم به المريض يمكن أن يتخذ عدة أشكال منها تجاهل الأعراض المرضية، إستعمال أعشاب طبية...الخ، وهذه الإستجابة للمرض تختلف من مريض لآخر حسب ظروفه، وأهمها ظروفه المعيشية والمادية والتي تؤثر على الإسراع أو التباطؤ في البحث عن علاج لحالته المرضية. ففي دراستنا هذه المبحوثين من فئات الدخل المرتفع، كانت محدداتم الأساسية للجوء للطبيب وسلوك البحث عن العلاج، هي وجود الأعراض المرضية إعتقادا منهم أنا تعتبر تديدا لصحتهم الطبيعية وإعتقادهم أيضا بفائدة الرعاية الطبية التي تقدم لهم، عكس الفقراء الذين أثر دخلهم على معتقداتم الصحية وعلى سلوكهم الصحي، حيث أن الفئات الإجتماعية الفقيرة أقل إستجابة للأعراض المرضية، وغالبا ما يتجاهلونا وعدم إدراكها حتى تتفاقم الحالة المرضية ويضطرون بعد فوات الأوان إلى ممارسة سلوك اللجوء للخدمة الصحية، لأن هؤلاء المرضى في إعتقادهم أن الأعراض المرضية تحتاج إلى الذهاب للطبيب، وهذا ينجر عنه تكلفة مالية، أخذ إجازة من العمل إذا كان المريض عاملا. وأيضا فإن الإيمان بالقدر هو سبب من أسباب إتخاذ المريض سلوكا معينا في مجال صحته إذا كانت العائلة تعرف إرتفاع في حجم أفرادها. فالتردد على الأطباء يكون بصفة محتشمة نظرا لظروفهم المادية المنعدمة في بعض الحالات والمنخفضة أحيانا . وفي سياق الحديث، نرى بأن ثقافة الفقير حول الصحة تختلف عن ثقافة الغني في المال الصحي والمرضي، فالفقير كتوم، صبور لا يستجيب سريعا للمرض ولا يسارع لإستشارة الأطباء عكس الغني.

(1) نفس المرجع سابق، ص 68.

- إستنتاج الفرضية الثالثة:

لقد كانت الفرضية الثالثة من الدارسة التي تمت على عدد كبير من المرضى، تدف أساسا إلى التعرف على ما إذا كان للدخل الشهري الأسري للمريض دور في إكتسابه الثقافة الصحية وإستغلالها في حياته اليومية على شكل سلوكات صحية. وهذا إنطلاقا من الجداول الإحصائية التي تناولت الظروف المادية المحيطة بالمرضى و مدى تأثير ذلك على ممارساتم الصحية .

و عليه فقد توصلنا إلى جملة من النتائج ندرجها كما يلي:

إذا تعمقنا أكثر في النتائج الواردة في الجداول السابقة للفرضية الثالثة، نستنتج بأن الدخل الشهري الأسري للمريض يؤثر في رغبته وإرادته في الشفاء. إذ أن المرضى ذوي المستوى المعيشي المنخفض كان قرارهم الطبي إتباع إرشادات الطبيب فقط بنسبة منخفضة مقارنة بذوي الدخل الشهري الأسري المرتفع. يعني أن الفقراء ليست لديهم الرغبة والإرادة في تتبع نصائح الطبيب وتوجيهاته، فهم صرحوا بأن هذه الإرشادات الطبية لا تتناسب مع نمط حياتم بنسب مرتفعة في فئة الدخل أقل من مليون مقارنة بفئات الدخل الأخرى، حيث أثبتت النتائج أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض ومدى تناسب إرشادات ونصائح الطبيب مع نمط حياتم، حيث أن الأغلبية منهم أرجعت ذلك إلى الظروف المادية الصعبة التي يعيشونا. ففي مجال اللجوء للخدمة الصحية نرى بأن الدوافع الحقيقية التي تجعل الفرد يلجأ إلى الطبيب هي اليأس من الشفاء، ويعني أنه يجرب كل البدائل العلاجية وإن لم تنجح هذه البدائل ففي هذه الحالة يستشير الطبيب. وقد كشفت لنا نتائج الدراسة أن مرضى الدخل الشهري الأسري المنخفض هم الأكثر تمسكا بذا السلوك، لأن المشكل الرئيسي بالنسبة لهم هو المال بالدرجة الأولى. وعليه فإن الأوضاع المادية للمريض تؤثر في ممارساته الصحية. وهذا ما أبرزته معطيات الجداول السابقة، حيث أن أغلبية المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب ومعظمهم من فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض. إذ لا يخصصون ميزانية شهريا لعلاج مرضهم المزمن. وبالطبع عدم التنفيذ هذا راجع إلى ظروفهم المعيشية المتدنية. وفي نفس السياق، كشفت لنا الدراسة أن أهم الإحتياطات الطبية التي لا تنفذ بنسبة عالية تتمثل أساسا في الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة أو المشي، التمتع بالراحة، النوم الكافي وعدم التعب، الإبتعاد عن المشاكل والإنفعالات النفسية، إحترام المواعيد الطبية، الإبتعاد عن التدخين بالنسبة للرجال، مراقبة ومتابعة الحالة المرضية، مراقبة الوزن والتخلي عن الحجم الزائد و التوجه مباشرة للطبيب في حالة التعرض للمشاكل الصحية. وهذا يدل على أن أغلبية المرضى لم يغيروا من نمط حياتم من نمط غير صحي إلى نمط صحي، وأكثرهم من فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض. وفي هذا الإطار أظهرت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري لرب الأسرة والمحافظة على مواعيد الطعام، كميته و نوعه، بحيث أن الفئات المحرومة ماديا هي الأكثر حرمانا من ناحية الغذاء و الأكل، أي أنا لا تقوم بإتباع الإرشادات الغذائية التي

تقدم لها من طرف الطبيب من ناحية نوع الغذاء. وكما هو معروف، فإن من طبيعة علاج مرض السكر، الضغط الدموي والقلب هو إتباع نوع معين من التغذية، مقدارها ومواعيدها. و لكن للأسف الشديد في بلادنا هذا لن يتحقق مطلقا مهما كانت عزيمة الإنسان نحو إتباع الإرشادات الطبية، لأن المواد الموصوفة للمريض من طرف الطبيب هي مواد غالية الثمن ومعظمها موسمية، و إن وجدت في فصول سنوية غير وقتها فإنا أغلى ثمنا، خاصة إذا كان المستوى المعيشي للفرد منخفض يستحيل عليه تحقيق ذلك. وبالتالي من المستحيلات تنفيذ وصية الطبيب حرفيا، لأن العوامل الإقتصادية والمادية أقوى من إرادته. وبالرغم من وجود نسبة من المرضى حسب أجوبتهم يحافظون على المواعيد الغذائية،كميتها ونوعها، فإن الأغلبية تستهلك بالدرجة الأولى الخضر الأقل ثمنا والمواد الغذائية التي يجب الحد منها، وهذا يتوقف بالطبع على الدخل الشهري لرب الأسرة. وإستنادا على هذه الحقيقة إتضح لنا جليا من البحث الذي قمنا به، أن الوضعية الإقتصادية لأسرة المريض تؤثر تأثيرا سلبيا على إتخاذ نظام غذائي معين بإستمرار. وكما هو معلوم فإن غذاء هؤلاء المرضى يجب أن يكون كافيا ومتساويا، يمنح لهم القوة والنشاط لممارسة أعمالهم اليومية كباقي أفراد الأسرة و يعيشون حياة طبيعية سعيدة. و لكننا نأسف عن الحقيقة المرّة التي يعيشها مرضانا.

وحوصلة لنتائج هذه الدراسة توصلنا إلى حقيقة جد هامة وهي أن الطبقة الإجتماعية للفرد المنحصرة في الدخل تؤثر في نمط الإستجابة للأعراض المرضية، حيث أن المبحوثين ذوي المستويات المعيشية الدنيا هم الأكثر لجوءا إلى المساعدة غير الطبية في حالة التعرض لأي مشكل صحي. وأن هذه المساعدة تتمثل في الوصفات التقليدية كالأعشاب الطبية بالدرجة الأولى، حيث يرجعون سلوك هذا التصرف إلى العامل الإقتصادي والمادي المتدهور الذي يقف كعائق أمام تحقيق الصحة واللجوء إلى الطبيب. كما أن علاج المرض المزمن يتم بطرق غير طبية تتمثل أساسا في الأعشاب الطبية، وهذا عند المبحوثين ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض. ولهذا نجدهم يلجئون إلى الأطباء فقط في الحالات المرضية الخطيرة. وبالتالي يصعب علاجها. وهذا راجع إلى إرتفاع تكاليف العلاج والدواء التي تجعلهم يسلكون سلوكا غير صحيا ضانين بذلك أنم سيشفون بأقل تكلفة وفي أسرع وقت ممكن، متناسين عواقب هذا التصرف الذي ينعكس سلبا على صحتهم. ونتيجة لذلك، ونظرا لعدة عوامل منها المادية، فإن الموقف يزيد سوءا. وبالتالي فإن زيارة الطبيب تتأخر و تأخذ فترات زمنية طويلة، و يرجع هذا الموقف إلى علاقة ذلك بمستوى الدخل، لأن الحالة الإجتماعية والإقتصادية التي ينتمون إليها قد تكون سببا من أسباب مرضهم. ومنه نستنتج أن المرضى ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض أكثر تماطلا في إستشارة الطبيب، لأن هذه الأخيرة ستكلفهم وعائلاتم أموالا وتكاليف باهظة في العلاج والدواء، خاصة إذا كانت العائلة أو الأسرة تنتمي إلى فئة إجتماعية دنيا أو متوسطة. و نظرا لهذا و تحاشيا للمشكل المادي، فإنم يتجاهلون الأعراض المرضية ولا يستجيبون لها.

إن تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض يرتبط بتقدم المجتمع، تطوره، إرتفاع مستوى معيشة أفراده وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المرض وأسس التغذية أو إصحاح البيئة و غيرها، لأن الرعاية الصحية تعد تبعا لذلك جانبا متأثرا بالحياة الإقتصادية و الإجتماعية سلبا أو إيجابا. لذا إعتبر التحكم في المرض بمثابة مشكلة لها دوافعها الإجتماعية، و هكذا أصبحت مسألة تخفيف حدة المرض المزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب قضية تحتاج إلى وقت طويل. وهذا يعني أن التدخل العلاجي يستلزم إحداث تغيرات متكررة ومستمرة في الأنماط المعيارية لحياة المريض، كما سيترتب أيضا تعديلات لازمة في أدواره في تحقيق تكيف مستمر مع الأفراد والجماعات التي تتصل به وبأسرته. وهذا كله قلل من التقدم البطيء في صحة المرضى المزمنين وما يفرضه عليهم نظام العلاج من أهمية العناية بتحليل المشكلة الدافعية في العلاج. و هكذا تعتبر رعاية المريض المزمن مكلفة للغاية من ناحية الزمن و المال. وعليه أصبحت الأسباب الاجتماعية و الإقتصادية على وجه الخصوص لها مكانة بارزة في تخفيف حدة الأمراض المزمنة.

وكنتيجة نتوصل إليها من خلال مختلف المعطيات المبينة سابقا، يظهر بوضوح مدى تأثير الفقر على عزيمة المريض وقدرته على تغيير نمط حياته، يعني التأثير على ثقافته الصحية. ويعني ذلك أن تدني المستوى المعيشي يؤدي حتما إلى ممارسة سلوكات غير صحية متنافية مع تعليمات الطبيب، لذلك نجد المرضى لا ينفذون النصائح الطبية وأغلبهم من الفقراء.

إن العادات السلوكية اليومية لها إنعكاس على الصحة. و يتضح هذا بوضوح عندما يوضح الطبيب تعليمات ونصائح لمريضه من أجل التقيد بها، حيث أنه يضع نظاما غذائيا معينا في التغذية، فيصعب على المريض تنفيذه لإرتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية، وقد يرى الطبيب يجب على المريض أن يستريح فترة طويلة قبل أن يعود إلى العمل، لكن حاجته الإقتصادية تدفعه إلى عدم تنفيذ هذه التعليمات فينتكس. وقد يرى الطبيب أن يقوم المريض بفحوصات، أشعة وتحاليل لتقرير حالته الصحية، فيتخلى عن ذلك ويزداد سوءا يوما بعد يوم نظرا لعدم تعاونه مع الطبيب وعدم تنفيذه التعليمات و الإجراءات التي تقدم له. وهكذا يتجلى بوضوح أن للوضع الإقتصادي المادي الآثار السلبية على سير عملية العلاج بطريقة صحيحة ووقاية المريض من أخطار وآفات مرضية أخرى. وهكذا فللمستوى المعيشي تأثير على مختلف التصرفات التي يلجأ إليها المصاب لمعالجة نفسه ووقايتها من مظاهر الداء . وبذا تحققت الفرضية الثالثة في جوانب كثيرة تتعلق أساسا بالظروف الإقتصادية ومدى تأثيرها على الثقافة الصحية للمريض من خلال التصرفات، الطرق الوقائية المتخذة في العلاج و في كيفية تفادي شر مضاعفات المرض المزمن.

الفصل التاسع
المكونات الثقافيـة الشعبيــة وعرقلتـها للثقافة الصحية للمريض

- **تمهيد**

المطلب الأول: العادات السيئة وتأثيرها على إكتساب الثقافة الصحية.

المطلب الثاني: المريض ومفهومه الشعبي للمرض المزمن وعلاقته بالثقافة الصحية.

المطلب الثالث: ممارسة الأعشاب الطبية إعادة إنتاج ثقافة شعبية تقليدية.

- **إستنتاج الفرضية الرابعة.**

- تمهيد:

تعتبر الثقافة وما تتضمنه من عادات، تقاليد، قيم ومواقف صحية إحدى العناصر الأساسية ذات الأهمية البارزة في مجال الصحة والمرض، وحتى الثقافة الصحية، لأنا الموجه الرئيسي لسلوك وتصرفات الأفراد إتجاه صحتهم، حيث أن الثقافة تؤثر في نشر التربية الصحية التي هي في الحقيقة العملية التعليمية التي يكتسب من خلالها الفرد خصائص المعرفة الصحية أي يحاول الناس بفضلها تبني قوانين، مواقف وأفكار خاصة بالسلوك الصحي والإلتزام با في نظام الحياة. أي أن الفرد يشكل إتجاهات، معايير وقيم ترتبط بمبادئ الصحة. ولهذا السبب يؤخذ بعين الإعتبار عادات وتقاليد التمع في عملية التوعية للسكان، بحيث تكون المفاهيم والتصرفات المفروضة على الفرد لا تتنافى مع عاداته وتقاليده لكي يتقبلها بكل سهولة ويطبقها في وسطه المعيشي. وعليه سوف نلقي الضوء في هذا الفصل المرتبط بتحليل الفرضية الرابعة من الدراسة على العناصر الثقافية المؤثرة على الثقافة الصحية للمريض بما تتضمنه هذه الثقافة من معرفة طبية، ممارسات وحتى الرغبة في تغيير نمط الحياة والإرادة في البحث عن الشفاء الطبيعي، وما هي الأبعاد الثقافية يا ترى المؤثرة في التعاون مع الطبيب.

إنطلاقا من ذلك، نتناول في هذا الفصل كل من العادات منها الغذائية، المفهوم الشعبي للمرض المزمن والطب الشعبي وعلاقة ذلك كله بالثقافة الصحية ومدى تأثرها بالمتغيرات السابقة.

المطلب الأول: العادات السيئة وتأثيرها على الثقافة الصحية:

تعتبر العادة ممارسة إجتماعية إعتاد عليها الإنسان في حياته اليومية، ونتيجة التكرار المستمر لممارسة أو سلوك معين تصبح عادة ألفها الناس، وهذه العادة ممكن أن تأخذ جانب إيجابي في مضمونا أو سلبي.

وفي هذا الصدد تمثل العادات الغذائية منها السيئة أحد العوامل المعيقة لنجاح برامج الصحة العامة والتحلي بالثقافة الصحية، ولنضرب مثلا عن ذلك وهو كثرة تناول السكريات، الدهنيات، كثرة التدخين، كثرة الطعام وعدم إتباع القواعد الصحية في التغذية، إستعمال الأعشاب الطبية وأيضا إستخدام العلاج الرسمي وغير الرسمي في آن واحد هي عادات كلها سلبية تؤثر في صحة الفرد. أما بالنسبة للعادات التي لها تأثير إيجابي على الصحة، تتمثل في عادة ممارسة الرياضة...الخ. وفي هذا المال يشير حسين عبد الحميد رشوان عن وظيفة العادة على أن "وظيفة أي عادة إجتماعية جزئية هي الدور الذي تلعبه هذه العادة في الحياة الإجتماعية كلها، بإعتبار هذه الحياة هي عماد النسق الإجتماعي الكلي".[1]

جدول رقم (75): يمثل توزيع أفراد العينة حسب وجود عادة غذائية سيئة وعلاقتها بتغيير نمط الحياة.

تغيير نمط الحياة / عادة غذائية سيئة	نعم	لا	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
نعم	25 % 16.56	120 % 79.47	06 % 3.97	151 % 100
لا	62 % 51.67	54 % 45	04 % 3.33	120 % 100
أحيانا	10 % 34.48	18 % 62.07	01 % 3.45	29 % 100
الموع	97 % 32.33	192 % 64	11 % 3.67	300 % 100

جدول رقم (76): يمثل توزيع أفراد العينة الذين لديهم عادة غذائية سيئة حسب الأسباب.

أسباب وجود عادة غذائية سيئة	التكرار	النسبة %
تنشئة ثقافية	14	% 9.27
عدم الصبر على الأكل	09	% 5.96
طبيعة لا يمكن التخلي عنها	13	% 8.61
الشهية والنفس	101	% 66.89
عدم الإيخال على النفس	05	% 3.31
ظروف العائلة تفرض أكل كل المأكولات	09	% 5.96
الموع	151	% 100

(1) حسين عبد الحميد رشوان، التغير الإجتماعي والتنمية السياسية في التمعات النامية، دراسة في علم الإجتماع السياسي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1997، ص 103.

نستشف من خلال معطيات الجدول رقم (75)، أن أغلبية المرضى لم يغيروا من نمط حياتم بنسبة تقدر بـ 64 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 32.33% من المبحوثين غيروا من نمط حياتم ونسبة 3.67% من المرضى حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

وبإدخالنا للمتغير المستقل لمعرفة تأثيره على المتغير التابع، نلاحظ أن المبحوثين الذين لديهم عادة في أكل المأكولات الممنوعة هم أكثر المرضى الذين لم يغيروا نمط حياتم بنسبة تقدر بـ 79.47 % مقابل نسبة تمثل 16.56% من مجموع المبحوثين لديهم عادة سيئة في الأكل وغيروا من نمط حياتم ونسبة تمثل 3.97% من أفراد العينة لديهم عادة في أكل المأكولات الممنوعة وحاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

أما بالنسبة للمرضى الذين لديهم أحيانا عادة غذائية سيئة، نجد من بينهم نسبة 62.07 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 34.48 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم و نسبة 3.45% من المرضى حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

في حين نجد المرضى الذين لا توجد لديهم عادة غذائية سيئة في الأكل يتوزعون كما يلي: نسبة تقدر بـ 45 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 51.67 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم و نسبة 3.33 % من المرضى حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

إن أصعب شيء يواجهه المرء في حياته هو التخلي عن العادات والتقاليد، خاصة العادات الغذائية التي تكون في بعض الأحيان عادات غذائية سيئة تضر بصحته. فهذه العادة الراسخة في ذهنه وفي تصرفاته غير ممكن بكل سهولة التخلي عنها. فهذا يتطلب خاصة بذل جهود جبارة والتمتع بإرادة قوية لإحداث التغيير. وأيضا أن بعض المعتقدات الراسخة في فكر المريض هي أنه بالرغم من مرضه، فهو في المناسبات وأيام الضيافة يتناول هذه الممنوعات بشكل عادي، ولا يحاول التخلي على هذه الممارسات. فحسب تصريحات بعض المرضى كقول هذه المريضة "أنا ناكل في لعراس الحلوة وكي نروح ضيفة ناكل، خاطر لو كان نقولهم ماناكلش يضحكوا عليا ويقولولي راكي مريضة بالسكر، باش ما يعرفوش بلي راني مريضة بالسكر، ونا في داري راجلي ماعلابالوش بلي راني مريضة بالسكر". إضافة على هذا القول، فإن مريض ثاني يصرح بأن "الإنسان يشتهى وما ياكلش بزاف، في المناسبات، العادات والتقاليد ما تسمحلكش ماتاكلش لازم تاكل وخلاص".

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستخلص أن العادات الغذائية وكثرة الأكل من المواد الغذائية الممنوعة تؤثر حتما في تغيير نمط الحياة وحتى في الثقافة الصحية للفرد، وهذا ما أكد من طرف المبحوثين المستجوبين. فالأغلبية الساحقة من المرضى لم يغيروا من نمط حياتم بسبب وجود عادات غذائيـة وسببها

الشهية والنفس. * فالمريض مهما يكن فإنه يتأثر بتنشئته الإجتماعية والبيئة الثقافية التي تحيط به، فإذا كان ينتمي إلى بيئة إجتماعية فقيرة فإنه في بداية الأمر يحاول تنظيم حياته حسب تعليمات الطبيب، ومع مرور الوقت يجد نفسه في

* تصريحات بعض المرضى:

- "ساعة ساعة تغلبني كرشي النفس أمارة بالسوء، نسرق الهريسة، الحار والزيتون وناكلهم بالتخبية".

حلقة مفرغة بسبب الظروف الصعبة كفقره، أفكاره ومعتقداته، وبالتالي يمارس السلوك المعتاد عليه. وأصعب شيء هو نزع عادة راسخة في الذهن والتخلي عنها، وهذا إستنادا على تصريحات المرضى، كتصريح هذا المريض "أنا ناكل لي جات، وكي تجي الموت واحد ما يبعدها الطبيب" وتصريح آخر "ناكل طبسي بركوكس وكي تجي الموت تجي". وهذه الممارسات غالبا ما نجدها عند الفئات العمرية المسنة.

إن الفرد المصاب بمرض مزمن ينتمي إلى مجتمع به عاداته وتقاليده، يؤثر ويتأثر با، حيث أن هذه العادات والتقاليد في بعض الأحيان هي التي تحدد له ممارساته وأنماط سلوكه إتجاه صحته ومرضه، لأن الثقافة السائدة في أي مجتمع بما فيها المجتمع الجزائري تؤثر بشكل واضح في الكثير من النواحي الصحية وفي درجة الوعي الصحي. وتعتبر هذه الثقافة إحدى المعوقات لنشر التثقيف الصحي في المجتمع. وقد أكّد المختصون في الصحة على مراعاة عادات وتقاليد المجتمع في عملية نشر التربية الصحية لكي لا تتعارض المعلومات الصحية المفترض نشرها مع عادات وتقاليد الفرد. إذ أن المظاهر الحياتية للمرضى لها علاقة مباشرة بتشكيل إتجاهاتم ومواقفهم الصحية، خاصة إذا تعلق الأمر بالعادات الغذائية السيئة والتي تجعلهم يفشلون في تعاونم مع الطبيب، وهذا راجع إلى مستواهم التعليمي، وضعيتهم الإجتماعية والإقتصادية في المجتمع، قلة وعيهم الصحي وثقافتهم الصحية. وفي هذا الصدد أوضح الدكتور علي المكاوي بأنه "تلعب العادات الغذائية دورا واضحا في تديد الصحة العامة للمجتمعات التقليدية والمتقدمة على حد سواء، فالإكثار من السكريات والأسماك والنشويات يرتبط بقيم ثقافية وعادات غذائية في المجتمع (...) وبالتالي يستلزم الأمر فهم هذه العادات الغذائية والقيم الثقافية ومراعاتا عند إدخال برنامج صحي وتنفيذه والحرص على الأنساق بينها وبين العادات الغذائية الجديدة". [1]

وعليه يمكن القول بأن الثقافة وما تتضمن من عادات غذائية تحدد الممارسات الصحية للمريض وتعيق من نشر التثقيف الصحي. فالتقاليد الموروثة وإنتشار العادات غير الصحية، كلها عوامل تكون حافزا في عدم تمتعه بصحة طبيعية، وتعمل هذه العوامل على فشله في تتبع نصائح الطبيب ولجوئه إلى ممارسات غ

تصريحات المرضى، إذ تقول مريضة: "أنا نعس بناتي كي يروحو من الكوزينة نسرق الملح وناكل، نحب الملح، وفي الطابلة نقولهم جيبولي الحار والزيتون والملح باش نزيدو للماكلة، وبناتي ما يحبوش، أنا نزعف عليهم". وفي نفس سياق الحديث، نرى بأنه في المجتمع الجزائري بعض المرضى لا يهتمون بالغذاء ويعتبرون بأن مرضهم ناتج عن المشاكل كتصريح هذه

- "كي تعجبني الحاجة نذوق".
- "الريجيم مرات كاين الإنسان يغلط يغلط".
-"ناكل كي نتشهى حاجة ما نقدرش نصبر ناكلهم بالشبعة ويزقوا عليا لبنات والشيخ ولكن ناكل بالشبعة".
- "ندير رايي، مرات نغامر في الماكلة".
- "الماكلة خليني نشبع لامت نموت شبعانة".
- "كيف كيف لي جات ناكل نورمال حاجة تعجبني نديرها ناكلها".
- "العجاجن ناكل ونقولهم خلوني راني نشرب الدوا".
- "نحب الماكلة، الحار، الهريسة ما نديرش الريجيم تتطعلي La tension".

(1) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 439.

المريضة" الزعاف هو لي يطلع السكر و La tension ماشي الماكلة". وهذا يقابله في بعض الحالات أكل بالتقريب جميع المأكولات حتى المأكولات الممنوعة والمأكولات الواجب الحد منها، لأن معظم المبحوثين مسنين وأميين، حيث أن الطعام المفضل لهؤلاء هو المأكولات التقليدية كالكسكس، البركوكس...الخ. فهذه الثقافة الغذائية لا يمكن للمريض التخلي عنها بالرغم من مرضه الذي يمنع عنه تناول هذه المأكولات كتصريح هذه المريضة: "أنا ناكل طبسي بركوكس ولا حبيت نموت نموت". وبالتالي تؤدي العادات الغذائية خاصة السيئة إلى عدم تنفيذ نصائح الطبيب وإحداث خلل في العلاقة بين الطبيب والمريض، وإذا حدث هذا الخلل في العلاقة سوف يؤدي ذلك إلى عدم إستقرار النسق الطبي وثباته.

ومع التطورات الحاصلة في المجتمع الجزائري ونتيجة التغير الإجتماعي تغيرت العادات الغذائية الجزائرية ودخلت عادات غذائية جديدة أغلبها عادات سيئة تؤثر في صحة المريض. وكما هو معلوم فإن "العادات والسلوكات الغذائية جزءا من الإرث الثقافي لكل مجتمع، وهي قابلة للتغير من خلال تطور التنمية الإقتصادية والإجتماعية ومن خلال مفاهيم جديدة، أو من خلال إكتشاف في مجال الإغتذاء وكذلك من خلال تأثيرات الحداثة. وعليه فإن القواعد المعمول بها في البلدان الغربية لا يمكن أن تشكل المرجع المطلق، حتى ولو كانت في الغالب تتجلى بنوع من الهيبة وحتى لو كان تبنيها يبدوا بمثابة علامة على نجاح إجتماعي".[1] وعليه فإن التغيرات الحاصلة في النمط الغذائي تعتبر سببا من أسباب إنتشار الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث أن هذا التغير في النمط الغذائي وتمسك المرضى به يمثل عائقا من عوائق نشر التربية الصحية عند المرضى وتمتعهم بالثقافة الصحية.

وفي هذا المجال لاحظنا من تصريحات المرضى أن البعض منهم عند إحساسهم بالتحسن في الصحة يمتنعون عن تنفيذ تعليمات الطبيب كإستعمال الريجيم وفي بعض الحالات حتى الدواء ضنا منهم أن الحالة الصحية جيدة. وهذا يدل على نقص الثقافة الصحية. وهذه معتقدات وأفكار لها نتائج وخيمة على الوعي الصحي للفرد. وهذا القول تدعمه تصريحات المرضى كقول هذه المريضة "أنا كي نشوف روحي مليحة نحبس الريجيم وكي نشوف روحي ماشي مليحة نشرب الدوا وندرير الريجيم".

لقد عرف المجتمع الجزائري خلال السنوات الأخيرة إنتشار عادات غريبة منها [illegible] أدوية دون أي وصفة طبية. فمع كثرة المرض أصبح الفرد الجزائري طبيب نفسه، فيسقط أعراض مرض معين على حالته المرضية التي تصادفه ودون إستشارة الطبيب يلجأ مباشرة إلى الصيدلي، حتى في حالة الأمراض المزمنة .

وفي هذا المضمار صممنا جدول يوضح تأثير اللجوء إلى الصيدليات لشراء أدوية دون وصفة طبية على المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب وكانت النتائج موضحة كما يلي في الجدول:

(1) ألبير ساسون، مرجع سابق، ص 210.

جدول رقم (77): يبين توزيع أفراد العينة حسب تأثير اللجوء إلى الصيدلي دون وصفة طبية على المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة / اللجوء للصيدلي	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة قصيرة يوم-يومين	مدة متوسطة 3-4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	مدة طويلة جدا أكثر من 15يوم	الموع
نعم	11 % 7.64	35 % 24.31	28 % 19.44	46 % 31.94	24 % 16.67	144 % 100
لا	26 % 16.66	48 % 30.77	10 % 6.41	45 % 28.85	27 % 17.31	156 % 100
الموع	37 % 12.33	83 % 27.67	38 % 12.67	91 % 30.33	51 % 17	300 % 100

توضح معطيات الجدول أن الأغلبية العظمى من المبحوثين يلجئون إلى الطبيب بعد فترة زمنية طويلة، وذلك بنسبة تقدر بـ 30.33 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة معززة من طرف المرضى الذين يلجئون لشراء أدوية خاصة بأي مرض من عند الصيدلي بدون وصفة طبية، وهذا بنسبة تمثل 31.94% من مجموع المبحوثين الذين يلجئون للصيدلي دون أي وصفة طبية. وهذا يقابل نسبة 24.31 % من المرضى إجاباتم كانت في صنف مدة قصيرة يلجئون لشراء أدوية دون وصفة طبية، نسبة 19.44 % من المبحوثين كانت إجابتهم في صنف مدة متوسطة، نسبة 16.67 % من المرضى إجاباتم إنصبت في صنف مدة طويلة جدا وأخيرا نسبة 7.64 % من المبحوثين أجابوا في صنف مدة قصيرة جدا ويلجئون إلى الصيدلي لشراء أدوية دون وصفة طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين لا يلجئون للصيدلي لشراء أدوية دون وصفة طبية، نجدهم يتوزعون كما يلي: نسبة 28.85 % في صنف مدة طويلة مقابل نسبة 30.77 % في صنف مدة قصيرة، نسبة 16.66 % في صنف مدة قصيرة جدا، نسبة 17.31 % في صنف مدة طويلة جدا وأخيرا نسبة تقدر بـ 6.41% في صنف مدة متوسطة.

إن غياب الثقافة الصحية لدى المبحوثين من أهم معوقات التكيف في النسق الطبي. فنجد في هذا الصدد أن العادات غير الصحية تعد سببا من أسباب عدم التمتع بالثقافة الصحية، حيث أن اللجوء إلى الصيدليات لشراء أدوية دون وصفة طبية هي عادة غريبة أصبح الفرد الجزائري يقتدي با في حالة المرض دون إستشارة الطبيب والإستغناء عن خدماته. ويكون في حالة المرض الخفيف الذي يتطلب دواء خفيف،كتصريح هذه المريضة "نروح نشري دوا على الفرمسيان كي يكون المرض خفيف، حمة". وهذه عادة لا يمكن الإستغناء عنها.

ويعتبر إنخفاض المستوى المعيشي للمواطن الجزائري، الجهل، اللامبالاة بالأمور الصحية وكره النسق الطبي بما يتضمن من أطباء ومرضين أحد الأسباب الرئيسية وراء هذه الممارسة، أي اللجوء مباشرة للصيدلي في حالة المرض، دون مراعاة الأخطار الممكنة وراء هذه الحالة. وهذا ما لمسناه من أقوال المرضى، إذ تصرح مريضة "أنا ماشي كل ما نمرض نروح للطبيب، ما عنديش، نروح نشري دوا هكذاك ونشربه". وإنطلاقا من هذا التصريح فإن هذه العادة الأكثر إنتشارا بين أفراد التمع الجزائري طغت في الواقع بسبب كثرة المرض وأيضا إنعدام قوانين ومراسيم صارمة لأخلاقيات مهنة

الصيدلة، حيث أصبح الصيدلي يبيع أدوية دون وصفة طبية، وهذا خطر على المجتمع وعلى أفراده. ولهذا تؤكد نادية محمد السيد عمر في مؤلفها علم الإجتماع الطبي المفهوم والمجالات بأن "الثقافة تلعب دور حيوي وهام خاصة في مسألة الصحة والمرض وفي العلاقة بين الطبيب والمريض، فالخلفية الثقافية لأي مريض تؤثر تأثيرا إيجابي وفعال في الإستجابة للمرض وفي علاقته مع الطبيب، حيث أن الطبيب يفترض أن هناك قيم معينة مرتبطة بالصحة والمرض وإذا عرفنا المريض من خلال خلفيته الثقافية سيساعده هذا على سرعة فهم المريض للطبيب وبالتالي في سرعة العلاج".[1] وفي هذا الصدد نرى بأن العادات والتقاليد تمارس تأثيرها على سرعة اللجوء للخدمة الصحية بالإسراع أو التباطؤ، وهذا راجع إلى خصوصية مجتمع بحثنا، إما بسبب الفقر، إنخفاض المستوى المعيشي، الجهل، الأمية، اللامبالاة أو إنعدام الوعي الصحي وأيضا المشاكل التي تعاني منها أسرهم. فسلوك اللجوء للصيدلي لشراء أدوية دون أي وصفة طبية من أخطر الممارسات التي يقوم با المريض، وهذا يؤثر في الإستفادة من الخدمات الصحية، وأيضا قد يجد الطبيب نفسه في صراع في علاقته مع مريضه الذي لا ينفذ تعليماته وتوصياته. فهو يتوقع منه أن يتعاون معه ويعمل على تنفيذ نصائحه وإرشاداته، ولكن يجد عكس ذلك، حيث أن دور الطبيب يفرض عليه القيام بعملية تنمية الوعي الصحي للمريض وتثقيفه صحيا، ولكن مجهوداته لا تثمر ولا تحقق نتائج إيجابية لأن الجهد يبذل من طرف واحد فقط. فمعايشتنا للمرضى أوضحت لنا حقائق جد مهمة، وهي أن بعضهم بمجرد خروجه من عند الطبيب فإنه لا يمتثل للنصيحة، وهذا راجع إلى قلة ثقافته الصحية وإهمال جل التعليمات الطبية، حيث أن الجهل والأمية من الأسباب الهامة التي تعيق من نشر التثقيف الصحي. فالمريض حسب إعتقاده بأن العلاقة بينه وبين طبيبه تظهر فقط أثناء الإستشارة الطبية، وأن الطبيب ليس بإستطاعته معرفة ما إذا كان مريضه حقا ينفذ تعليماته أم لا. وهذا ما لاحظناه أثناء قيامنا بالبحث الميداني. مثلا بعض المصابين يلجئون أحيانا للكذب كهذه المريضة التي تقول لأختها "كي ندخل للطبيب لاقالي أشريتي الدوا نقولو أشريت وشربتو". ولهذا يمكن القول بأنه إذا إنعدمت الثقة بين الطرفين، فلا يمكن التوصل إلى أحسن النتائج العلاجية، فالشك هو سمة من سمات فشل المريض في طاعة الطبيب.

المطلب الثاني: المريض ومفهومه الشعبي للمرض المزمن وعلاقته بالثقافة الصحية:

إن الثقافة لأي مجتمع هي مجموعة من العناصر، وهي مستودع من المعرفة، القيم، العادات، التقاليد، الفنون والأخلاق...الخ. وهذه العناصر الثقافية إكتشفها الإنسان وحافظ عليها وهي المحددة لتصرفاته وممارساته الإجتماعية والثقافية عن طريق مجموعة من الأنماط السلوكية. وعلى هذا يمكن القول بأن الثقافة هي نمط من أنماط معيشة الإنسان، حيث تؤثر في المظاهر الحياتية للأفراد، في صحتهم وتنمية وعيهم الصحي. وقد تتضمن هذه مفاهيم الناس حول الصحة والمرض، مفهومهم الشعبي للمرض، الطب الشعبي...الخ، وهي عناصر تؤثر على الثقافة الصحية للمريض. وعليه فإنا هي الكل المعقد الذي يشمل المعارف، المعلومات، القيم الأخلاقية، العادات، التقاليد والإتجاهات التي يكتسبها الفرد من البيئة التي يعيش فيها.

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 154.

وبإعتبار أن الثقافة الصحية تشمل المعلومات والتغيير في السلوكات والممارسات غير الصحية إلى ممارسات صحية فإنا تتأثر بمفاهيم وتصورات الناس حول المرض المزمن والصحة، حيث أن المكون المعرفي يشمل المدركات والمفاهيم التي هي عبارة عن كل شيء يدركه الفرد. وإلى جانب ذلك نجد المعتقدات التي هي مجموعة المفاهيم الراسخة في عقل الإنسان، من حيث معتقداته إزاء موضوع معين مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه. وآخر مكون معرفي هو التوقعات التي هي كل ما يمكن أن يتوقعه الشخص بالنسبة للآخرين أو يتوقع حدوثه. أما المكون الثاني للإتجاه الصحي هو المكون الإنفعالي المرتبط بالجوانب الوجدانية، الروحية والعاطفية المتعلقة بالشحنة الإنفعالية التي تعطي الإتجاهات صفتها، حيث أن المكون الإنفعالي يجعل الفرد يميل إلى الشيء أو ينفرد منه. وآخر المكونات، المكون السلوكي، وهو يتضمن الإستعدادات السلوكية المرتبطة بالإتجاه، حيث أن الفرد يميل في إتجاه إيجابي نحو موضوع معين ويبذل ما في وسعه لمساندة هذا الإتجاه أو عكس ذلك.

وفي هذا الصدد نحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى المفهوم الشعبي للمرض المزمن والصحة وعلاقة ذلك المفهوم بالثقافة الصحية، تأثير الحكم والأمثال الشعبية في ثقافة المريض الصحية، وأخيرا حوصلة لأهم الصور الشعبية للمرض وأعراضه.

1- المفهوم والتصور الشعبي للمرض المزمن وتأثيره على الثقافة الصحية للمريض: لقد أسفرت نتائج دراستنا على وجود عدة أنماط من المفاهيم والتصورات الشعبية المرتبطة بالمرض المزمن والمؤثرة على الثقافة الصحية للمريض، حيث أن هذه المفاهيم والتصورات يؤمن بها المرضى ويعتنقونا في حياتم اليومية إتجاه الصحة والمرض، وقد تكون هذه المفاهيم والتصورات الشعبية معوقا من معوقات نشر التثقيف الصحي في المتمع الجزائري وإكتساب عادات صحية جيدة. وإذا ما قلنا بأن هدف التثقيف الصحي هو تغيير أفكار، سلوكات ومعتقدات الأفراد حول صحتهم، فإن هذه العملية تتلقى عدة صعوبات وعراقيل، لأن ليس من السهل تغيير أفكار ومواقف الأفراد بكل سهولة، وإذا غاب الوعي الصحي غابت معه صحة الفرد والمتمع.

جدول رقم (78): توزيع أفراد العينة حسب طرق الشكوى والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب

المدة المستغرقة / طرق الشكوى	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة قصيرة يوم-يومين	مدة متوسطة 3-4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	مدة طويلة جدا أكثر من 15يوم	الموع
التحلي بالصبر،التسبيح والدعاء	06 % 10.17	09 % 15.26	05 % 8.47	25 % 42.37	14 % 23.73	59 %100
الإضطراب في حالة المرض	19 % 12.10	54 %34.39	20 % 12.74	40 % 25.48	24 % 15.29	157 % 100
الكتمان وإخفاء المشاعر	11 %14.67	18 %24	12 %16	22 %29.33	12 %16	75 %100
البكاء دون الإفصاح عن السبب	01 % 11.11	02 % 22.22	01 % 11.11	04 % 44.44	01 % 11.11	09 % 100
الموع	37 %12.33	83 % 27.67	38 % 12.67	88 % 29.33	51 % 17	300 % 100

كما هو موضح في الجدول رقم (78)، فإن أكبر نسبة من المبحوثين يلجئون للطبيب بعد فوات الأوان، أي مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة طويلة تقدر بنسبة 30.33 % من مجموع المبحوثين.

وللتأكد من مدى تأثير طرق الشكوى على المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، قمنا بإدخال هذا المتغير المستقل على المتغير التابع، وإتضح أن هناك علاقة تأثير، حيث أن المبحوثين الذين يلجئون إلى الطبيب في مدة طويلة من ظهور الأعراض المرضية معززة النسبة من طرف المبحوثين الذين طرق شكواهم هي البكاء دون الإفصاح عن السبب، وذلك بنسبة تقدر بـ 44.44% مقابل نسبة 22.22% طرق شكواهم البكاء ومدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة قصيرة ونسبة متساوية في الأصناف التالية، صنف مدة قصيرة جدا، صنف مدة متوسطة وصنف مدة طويلة جدا، وهذا بنسبة 11.11% لكل الأصناف السابقة.

وإذا إتجهنا إلى السمة الثانية من طرق الشكوى، نجد سمة التحلي بالصبر، الدعاء والتسبيح أي الشكوى لله سبحانه وتعالى، إذ ترتفع النسبة عند المرضى الذين تميزت مدة ظهور الأعراض المرضية لديهم وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة، وذلك بنسبة تقدر بـ 42.37%، نسبة 23.73% في صنف مدة طويلة جدا، نسبة 15.47% في صنف مدة متوسطة، نسبة 10.17% في صنف مدة قصيرة جدا ونسبة 8.47% في صنف مدة متوسطة.

إن الكتمان وإخفاء المشاعر أي الرزانة في الشكوى تؤثر في الإسراع لإستشارة الأطباء، إذ نجد نسبة 29.33% من المبحوثين في صنف مدة طويلة، نسبة 24% في صنف مدة قصيرة، نسبة 14.67% في صنف مدة قصيرة جدا ونسبة متساوية في صنف مدة متوسطة ومدة طويلة جدا.

وفي آخر المراتب نسجل المبحوثين الذين يتبعون طرق معينة في الشكوى، وهي التصريح والإضطراب في حالة التعرض للمرض، وتنخفض النسبة في صنف مدة طويلة. إذ نجد نسبة 25.48%، نسبة 34.39% من المبحوثين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة، نسبة 15.29% في صنف مدة طويلة جدا، نسبة 12.74% في صنف مدة متوسطة ونسبة 12.10% في صنف مدة قصيرة جدا.

نستشف مما سبق، أن طرق الشكوى لها علاقة مع السرعة والتباطؤ في اللجوء للخدمة الصحية، إذ أن المبحوثين الذين لايصرحون عن آلامهم هم أكثر تباطؤا في إستشارة الأطباء، وهذا راجع إلى ثقافة المريض وإلى ظروفه المادية وحتى إنشغالاته الأسرية، فالبكاء يمثل سمة من السمات الثقافية للشكوى عن آلام وإضطرابات المرض، وقد تؤثر طريقة الشكوى في إستشارة الأطباء والإستفادة من الخدمة الصحية، حيث أبرزت دراستنا بأن المبحوثين الذين يصرحون عن شكواهم هم الأكثر لجوءا إلى زيارة الطبيب، وهذا يرجع إلى عدة إعتبارات أهمها أن المريض المصاب بمرض مزمن كثير الشكوى، وغالبا ما تعتبر عائلته شكواه مجرد حيل يتبعها المريض للتكفل به وإعطائه أكبر إهتمام وحنان. وبالرغم من ذلك تتكفل به وترافقه للطبيب. ونجد أن المريض المصاب بمرض مزمن كثير البكاء والشكوى ومجرد مرضه يعتبر بأن حياته قد إنتهت، فهذه الأفكار الراسخة في ذهنه من المستحيل تغييرها.

وعليه يمكن القول بأن الثقافة وطرق الشكوى عن الألم تؤثر في إستجابة المريض لمرضه والتسارع في طلب العلاج لحالته المرضية وإدراكه لها. فمعتقداته تنعكس سلبا على رد فعله إتجاه الخدمة الصحية، حيث أن "التقبل الإجتماعي من

المريض لأعراض المرض مرتبط إلى حد كبير بالمحتوى الثقافي".[1] وفي هذا الصدد فإن المحتوى الثقافي يتحكم في إرادة المريض وعزيمته في البحث عن علاج لحالته المرضية. فالإختلاف الثقافي من مجتمع لآخر وحتى في المجتمع الواحد بين منطقة وأخرى يؤدي إلى إختلافات في المواقف والإتجاهات والإستجابات للألم. وحتى بالنسبة للجنس الواحد تختلف الإستجابات للألم. إذ أن النساء أكثر تحملا للألم مقارنة بالرجال، وبالنسبة للمنطقة الجغرافية، فإن الريفيين كتومين مقارنة بسكان الحضر.

جدول رقم (79): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المفهوم الشعبي للمرض المزمن وعلاقته بتنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / المفهوم الشعبي للمرض المزمن	نعم	لا	الموع
مكتوب قضاء وقدر	81 % 38.39	130 % 61.61	211 % 100
الموت	16 % 42.11	22 % 57.89	38 % 100
العذاب والعقاب	04 % 17.39	19 % 82.61	23 % 100
الخوف من المستقبل الهول	11 % 50	11 % 50	22 % 100
تصنيف آخر مثلا المرض يمثل المشاكل	03 % 50	03 % 50	06 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

إن ثقافة المجتمع تحدد مفهوم المرض حسب المفاهيم المتداولة بين الناس في وسطهم الإجتماعي، فنجد أن بعض الناس يقدمون صورة معينة للمرض المزمن تختلف عن الصورة التي يعطيها فرد آخر لمفهوم المرض. فنجد أن المرض المزمن عند بعض الأفراد على أنه مكتوب، قضاء وقدر والبعض الآخر يقدمون مفهوم آخر لمرضهم المزمن والذي يعتبر بالنسبة لهم الموت، مفهوم العذاب والعقاب والبعض الآخر يرونه الخوف من المستقبل الهول...الخ. وفي هذا السياق، فإن نتائج الجدول رقم (79) أبرزت بأن أغلبية المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبة تقدر ب 61.67 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المرضى الذين يرون بأن مرضهم المزمن هو العذاب والعقاب بنسبة تمثل 82.61 % مقابل نسبة 17.39 % ينفذون تعليمات الطبيب ويرون أن مرضهم هو العذاب والعقاب.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين يقدمون صورة إجتماعية للمرض تمثلت في صورة المكتوب، القضاء والقدر نجد من بينهم نسبة 61.61 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 38.39 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

في حين الصورة الإجتماعية للمرض المزمن التي قدمها المرضى والتي تمثلت في ، المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 42.11 % من المرضى ينفذون تعليمات الطبيب.

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 172-173.

وإذا إتجهنا إلى الصورة الإجتماعية للمرض المزمن على أنه يمثل الخوف من المستقبل المجهول، نجد نسبة 50 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 50 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

وآخر التصنيفات للصورة الإجتماعية للمرض المزمن تمثلت في التصنيفات الأخرى كأن المرض يمثل المشاكل، حيث نجد نسبة 50 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 50 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

إن الصورة الإجتماعية للمرض المزمن هي أحد المفاهيم الشعبية التي يعتنقها المريض، وهذه المفاهيم تختلف من ثقافة إلى أخرى حسب المجتمع وحتى في المجتمع الواحد. فنجد أن بعض الأفراد يرجعون مرض أطفالهم إلى الحسد والعين، وهي مفاهيم شعبية. ففي مجتمع بحثنا فإن أغلبية المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم يرون بأن المرض المزمن هو العذاب والعقاب وفي الصورة الثانية يعني مرضهم المزمن مكتوب، قضاء وقدر والصورة الثالثة هي الموت، ولا يعترفون بأن مرضهم هو نتيجة إهمالهم للصحة، أي تدخل الإنسان في هذه الحالة. وقد نجد أن غالبية المبحوثين يؤمنون بالقدرية (القضاء والقدر)، فكل شيء يحصل لهم هو قضاء وقدر، بالنسبة لهم مكتوب، حتى إصابتهم بأي مضاعفات أخرى وتدهور حالتهم الصحية نتيجة عدم تنفيذهم لتعليمات الطبيب هي مكتوب وقدر، والمرض هو عذاب وعقاب وإبتلاء من عند الله وكما يقال في وسطنا الشعبي الجزائري "المرض إبتلاء من عند الله، في ميزان الحسنات". فالمريض غالبا ما لا يعترف بخطئه ويرجع كل شيء إلى المكتوب، القضاء والقدر، وهذا راجع إلى التنشئة الثقافية الإسلامية التي تربى عليها الإنسان وإيمانه بالله، حيث يصرح بعض المرضى بأن "المرض أعطاه ربي ما عندنا ما نديرو". وأيضا "واش طا ربي مرحبا بيه"، "هذا ربي لي أعطاهولي ماطاهوليش العبد". فهذا الإعتقاد بأن المرض أعطاه ربي هذا مفروغ منه، إلا أن كلمة "ما عندنا ما نديرو" هو إعتقاد خاطئ، لأن المرض حقا من عند الله، ولكن مسؤولية ودور المريض هي الحفاظ على صحته الطبيعية والتعاون مع الطبيب. فالله سبحانه وتعالى يحاسبنا على الإفراط والإهمال في صحتنا. وعليه يمكننا القول بأن كل هذه الأفكار الراسخة في مخيلة المريض أثرت على ثقافته الصحية وعلى تحديد ممارساته وفشله في تتبع نصائح وتوصيات الطبيب.

أما بالنسبة للصورة الأولى التي أعطاها المرضى لمفهوم مرضهم المزمن وهي العذاب والعقاب التي نجدها تتمركز عند فئة المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب، هي صورة تعكس واقعهم المعاش من خلال تسييرهم للمرض المزمن وأهم المشاكل والعراقيل التي تواجههم ويتلقونا في حياتم اليومية سواء في النسق الطبي، الوسط الأسري أو الوسط المهني وحتى في الشارع...الخ. فهذا الواقع المعاش شكل لهم مكون معرفي مبني على المدركات، المفاهيم والمعتقدات وشكل لهم أيضا سلوكات، مواقف وإتجاهات حول صحتهم الطبيعية والعناية با.

إن معظم تصريحات المرضى * تحمل في طياتا مفهوم العذاب والعقاب نتيجة معاناتم وتصارعهم مع المرض، مثلا تصريح شاب مكفوف مصاب بداء السكري "أنا المرض هبلني، وصلت وين راحا ننتحر". ولهذا يمكن القول أن المرض

* أقوال بعض المرضى: - "ساعات نفكر ونقول شكون يرفدني".
- "مانحبش الموت غير لاجات من عند ربي".
- "بالاك ما نبراش بعيد الشر يوصل الموت".

غالبا ما يفرض على المريض بناء مفاهيم وقيم حول الصحة والمرض، مثل قيمة القضاء والقدر والأعمار بيد الله. كقول مريضة: "خليتها لربي العمر بيد ربي". فهذه الفئة من المرضى تمل صحتها ولا تنفذ تعليمات الطبيب وشكواها ترجعها إلى القضاء والقدر. كمقل هذا التصريح لمريض: "مرات نفكر وخطرات نقول حاجة مكتبها ربي مع ربي ما عندك ما تدير". أما بالنسبة مريضة أخرى لا تنفذ تعليمات طبيبها وترجع ذلك إلى القضاء والقدر في الأجل، فتقول: "ندير الريجيم كي نصيب روحي مليحة شوية نحبس الأجل بيد ربي".

جدول رقم (80): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب وتنفيذ التعليمات الطبية.

تنفيذ تعليمات الطبيب / الحالات التي يلجأ المريض للطبيب	نعم	لا	الموع
الحالات المرضية الخطيرة	64 % 29.36	154 % 70.64	218 % 100
الحالات المرضية البسيطة	50 % 61.73	31 % 38.27	81 % 100
الحالات المرضية الخطيرة أحيانا والحالات البسيطة أحيانا أخرى	01 % 100	- -	01 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (81): يبين توزيع أفراد العينة حسب الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية وتنفيذ تعليمات الطبيب بإستمرار.

تنفيذ تعليمات الطبيب / الدوافع الحقيقة	نعم	لا	الموع
خطورة الحالة المرضية	30 % 34.88	56 % 65.12	86 % 100
الحالات المرضية البسيطة	41 %74.55	14 % 25.45	55 % 100
المواعيد الطبية	06 % 40	9 %60	15 % 100
اليأس من الشفاء	31	104	135 % 100

- "نقول خلاص مامازاليش بزاف ونموت كي نكون مريضة".
- "صابرة لربي واش ندير الحاجة لي نشوفها قلبي يفسخ".
- "البنت تقولي ماتاكليش الطعام نسبها ونقولها خلي نموت نموت".
- "نخاف لانموت نفكر فيه المرض".
- "بزاف نفكر لوكان نموت نخلي ولادي".

	%22.96	%77.04	
الإطمئنان على الصحة	03 %60	02 %40	05 % 100
خبرة سابقة بأقرب الناس	01 %100	- -	01 % 100
التخصص ونوع المرض	03 %100	- -	03 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

من معطيات الجدول رقم (80)، يتضح لنا جليا أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المرضى الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب بإستمرار بنسبة تقدر بـ 61.67 % من المبحوثين.

وفي حالة معرفة ما مدى وجود علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، تبين أن نسبة المستجوبين الذين يلجئـون إلى الطبيب في حالة الأعـراض المرضيـة الخطيرة ولا ينفـذون توصياته تقدر نسبتهم بـ 70.64% مقابل نسبة 29.36 % من المبحوثين يستشيرون الأطباء فقط في الحالات المرضية الخطيرة وينفذون تعليمات الطبيب.

أما بالنسبة لفئة المرضى الذين يلجئون إلى الطبيب في حالة الأعراض المرضية البسيطة، فإن هذه الفئة توزعت بنسبة تقدر بـ 38.27 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 61.73 % من المرضى ينفذون تعليمات الطبيب.

في حين نجد فئة المرضى الذين يلجئون إلى الطبيب في حالات مرضية بسيطة أحيانا وحالات مرضية خطيرة أحيانا أخرى، تقدر نسبتهم بـ 100 % لكل المبحوثين المنفذين لتعليمات الطبيب.

وإذا تطرقنا إلى نتائج الجدول رقم (81)، تبين لنا أن أكبر نسبة من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 61.67 % من مجموع المبحوثين. وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو نظرة المرضى حول الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية على المتغير التابع وهو تنفيذ تعليمات الطبيب نجد ما يلي:

إن أول تصنيف من الدوافع تمثل في اليأس من الشفاء بنسبة 77.04% من المبحوثين لا يطبقون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 22.96 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

وثاني مرتبة إنصبت في فئة المبحوثين الذين لديهم نظرة حول الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية المتمثلة في دافع خطورة الحالة المرضية، حيث نجد نسبة 65.12 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 34.88 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

أما بالنسبة لنظرة المبحوثين الذين يرون بأن الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية هي المواعيد الطبية نجد نسبة 60 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 40 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

في حين نجد في صنف الإطمئنان على الصحة نسبة 40% من المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 60% من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

لنصل إلى صنف الحالات المرضية البسيطة. إذ نجد من بين المبحوثين نسبة 25.45 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 74.55 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

وإذا إتجهنا إلى دافع اللجوء للخدمة الصحية المتمثل في خبرة سابقة بأقرب الناس وأيضا التخصص ونوع المرض، فنجد نسبة منعدمة في فئة المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب مقابل نسبة 100 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب لكلا الصنفين.

من خلال القراءة الإحصائية للجدولين السابقين، نسجل أن أكبر نسبة من المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب، وهم الأكثر لجوءا إلى الطبيب في حالة تأزم المرض وتفاقمه أي في حالة الأعراض المرضية الخطيرة فقط وفي حالة اليأس من الشفاء. وهذا يرجع أساسا إلى إنخفاض وعيهم الصحي وثقافتهم الصحية وأيضا إلى المعتقدات والأفكار التي تراودهم في حياتم اليومية، وهي الإنتظار عن الحالة ضنا منهم أن المرض سيزول، حيث أن اليأس من الشفاء علامة وسبب من أسباب التأخر في إلتماس الخدمة الصحية. فمع مرور الزمن المرض يتفاقم وتتطور الأعراض المرضية ويصعب معالجتها. وهذا قابله التهاون في تنفيذ توصيات الطبيب. فهذه الثقافة الشعبية الراسخة في مخيلة المريض تعيقه على إكتساب الثقافة الصحية التي بدورها تعتبر عامل من عوامل عدم التكيف في النسق الطبي في حالة نقصها أو إنعدامها.

إن إستجابة المبحوثين للألم تختلف من شخص لآخر، فهناك من يستجيب بسرعة للأعراض المرضية والبعض الآخر عكس ذلك، وهذا إنعكس كله على الثقافة الصحية وعلى تنفيذ تعليمات الطبيب والتعاون معه. ويمكن إرجاع ذلك إلى الظروف المادية من جهة وتاون المرضى ولامبالاتم بالصحة من جهة ثانية. فهذه النظرة الخاطئة بالنسبة لهم سببها قلة معرفتهم الصحية، كرههم للأطباء وللدواء الكيميائي وضعف مستواهم المعيشي، حيث إنجر عن ذلك تشكيل إتجاهات ومواقف تعيق إكتساب التوعية الصحية، وحتى أنا تؤثر في العلاقة بينهما. فالإختلاف الثقافي لكل من الطبيب والمريض وتوقعات الدور لكلاهما يؤدي إلى علاقة غير مرضية بين الطرفين.

ويمكن القول أن التصورات الشعبية والمفاهيم التي يعتنقها المرضى والتي تحد من فعالية التعاون مع الطبيب تتمثل في تصورات تفضيل عضو معين في الجسم عن الآخر، على ضوء وظائفه في الجسم، وهو تصور خاطئ. فمثلا إذا كان القلب هو العضو المصاب بالمرض في الجسم فإن المريض يتبع تعليمات الطبيب ونصائحه وتكون له نظرة معينة عن المعالجة بالأعشاب الطبية بحكم نظرته وتصوره كقول هذا المريض "القلب موتور كي الموتور نتاع الطونوبيل، لا حبس خلاص مالازمش نخلطو فيه".

وفي هذا الصدد يمكن القول أن التصورات والمفاهيم الشعبية حول الأطباء، نمط العلاج، الكشف الطبي في الجزائر وفقدان الثقة في الأطباء هي عوامل تعيق من الإستفادة من الخدمة الصحية وأيضا التمتع بالثقافة الصحية حول المرض المزمن وتسييره.

وفي هذا السياق، فإن الطبيب الذي يرسل مريضه إلى أخصائي معين ويطلب منه إجراء تحاليل وفحوصات طبية يعتبرونه المرضى بأنه طبيب ليس كفأ وجاهل بأمور الطب، فهذا التصور له آثار سلبية على الأداء المهني للطبيب، وعلى قيامه بدوره الإجتماعي. كما أن ذلك يؤدي إلى خلل وتوتر في العلاقات الإجتماعية بين الأطباء والمرضى. وفي هذه الحالة إكتساب الثقافة الصحية من طرف المريض لا تعرف نجاحا.

ولقد أوضحت دراستنا الميدانية على أن أغلبية المبحوثين تصوراتم الشعبية لا تشجعهم على الكشوفات، التحاليل الطبية، الإطمئنان على الصحة واللجوء للطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية. فقد وجدنا أن المصاب يقتنع بأنه مريض حقا إلا إذا كان يعاني من آلام حادة جدا. ويعتبر أنه في صحة جيدة ما دام الجسم واقف وأنه يقوم بكل وظائفه، يعني ذلك أنه ليس مريضا. فهذا التصور يقلل من نية التعاون مع الطبيب في حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب. وهكذا يسود التصور الشعبي حول الجسم بأنه في صحة جيدة، قادر على الحركة، العمل والمشي. مما يجعلهم لا يتمسكون بالعلاج، لا يستشيرون الأطباء ولا ينفذون تعليماتم.

إن أهم المفاهيم والتصورات الشعبية التي يستخدمها المرضى للدلالة على الأمراض، الأعراض، واقعهم المرتبط بالمرض والصحة حصرناها في هذه السطور إنطلاقا من المعايشة اليومية للمرضى في المستشفى وقاعات الإنتظار، حيث إستنبطنا مجموعة من التصورات والمفاهيم الشعبية حول المرض ومدى تأثيرها على الثقافة الصحية. * وفيما يلي ندرج أهم المفاهيم والتصورات التي إستطعنا جمعها من دراستنا الميدانية وهي:

"القلب الموتور نتاع بنادم" ويعني ذلك بأن القلب عضو فعال في جسم الإنسان وتوقفه عن تأدية وظائفه هو إنتهاء حياة الفرد.

"الموت واحدة ناكل نشبع": هو تصور شعبي يدل على أن الشهوات والنفس تسيطر على كيان المريض.

"الزعاف هو لي يمرضني ماشي الماكلة والدواء" وهذا يدل على أهمية الظروف والعوامل النفسية المؤثرة على الحالة النفسية للمريض بداء السكري، ضغط الدم والقلب.

"الكرش صعيبة، تغلب الكرش" يدل هذا المفهوم الشعبي على صعوبة التحكم في الشهوات والنفس.

"السخانة" تدل على إرتفاع درجة الحرارة في الجسم.

---

* إن أهم المفاهيم والصور الشعبية المتداولة بين المرضى حول المرض والصحة هي:
- الصحة عدوة مولاها لي راحتله الصحة خلاص.
- الشدة في ربي.
- نقولو الموت واحدة.
- وخذت الكرش وخذة.
- الإنسان يداوي يداوي حتى توصل الساعة.
- حتى يوصل المرض للعظم.
- أنسى الهم ينساك.
- ما يدري بالجمرة غير لي كواتوا.
- الأعمار بيد الله.

"نعبر La tension " نقيس ضغط الدم.

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين الحالات المرضية التي تجعل المريض يلجأ إلى الطبيب ومدى تنفيذه لتعليمات الطبيب، قمنا بحساب معامل التوافق الذي قدر بـ 0.83، ويعني ذلك وجود علاقة بين المتغيرين السابقين هي علاقة طردية قوية بينهما.

2- الحكم والأمثال الشعبية والثقافة الصحية: أسفرت دراستنا الميدانية عن إنتشار بعض الحكم والأمثال الشعبية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة والتي لها تأثير على الثقافة الصحية من حيث التمتع بمعلومات صحية، توفر الإرادة والعزيمة لمواجهة وطاعة الطبيب وأخيرا القدرة على تغيير نمط الحياة. والملاحظ أن هذه العناصر الثقافية تؤثر على الثقافة الصحية لدى المريض وعلى وظائف النسق الطبي ودور الطبيب. فتوجد أمثال شعبية تحث من الإستفادة من الخدمة الصحية، أمثال أخرى تحث على الوقاية وأمثال تحدد قيمة الصحة في نظر الفرد ومفهومه الإجتماعي للصحة والمرض. وللتأكد من مدى تأثير الحكم والأمثال الشعبية على الثقافة الصحية صممنا مجموعة من الجداول الإحصائية في هذا الصدد التي ندرجها كما يلي:

جدول رقم (82): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الموافقة على المثل القائل إسأل الدرب ولا تسأل الطبيب وعلاقته بالممارسات المتبعة في حالة المرض.

المراحل المتبعة / الموافقة	تجاهل الأعراض المرضية	التأكد من طبيعة المرض	تناول دواء دون إستشارة الطبيب	اللجوء إلى العلاج الحديث	اللجوء إلى العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الصلاة الدعاء الصبر وقراءة القرآن	الموع
موافق	18 % 11.11	07 % 4.32	27 %16.67	41 % 25.31	58 % 35.80	01 % 0.62	02 % 1.23	04 % 2.47	4 %2.47	162 % 100
غير موافق	22 % 23.16	08 % 8.42	18 %18.95	25 % 26.32	18 % 18.95	-	-	04 % 4.21	-	95 % 100
محايد	07 % 16.28	01 % 2.32	04 % 9.30	11 % 25.58	20 % 46.51	-	-	-	-	43 % 100
الموع	47 % 15.67	16 % 5.33	49 % 16.33	77 % 25.67	96 % 32	01 % 0.33	02 % 0.67	08 % 2.67	04 % 1.33	300 % 100

يتضح لنا جليا من خلال هذا الجدول، أن المبحوثين المستجوبين أغلبيتهم يلجئون إلى العلاج التقليدي لمعالجة مشاكلهم الصحية بنسبة تقدر بـ 32 % من مجموع المبحوثين. وللتأكد من مدى تأثير الموافقة على المثل القائل "إسأل الدرب ولا تسأل الطبيب" على المراحل المتبعة منذ بداية ظهور الأعراض المرضية حتى زيارة الطبيب صممنا هذا الجدول وأبرزت النتائج ما يلي:

إن نسبة كبيرة من المبحوثين يلجئون إلى العلاج التقليدي وهم أكثر محايدين للمثل السابق بنسبة 46.51% مقابل نسبة 25.58 % من المبحوثين يلجئون إلى العلاج الحديث وهم محايدين للمثل، نسبة 16.28% من المبحوثين يتجاهلون

الأعراض المرضية في حالة المرض وهم محايدين للمثل، نسبة 9.30 % في صنف تناول أودية دون إستشارة طبية وهم محايدين للمثل، وأخيرا نسبة 2.32 % من المبحوثين يتأكدون من طبيعة المرض وهم محايدين للمثل.

وبالنسبة لفئة المبحوثين الموافقين على المثل السابق نجد من بينهم: نسبة 35.80 % من المبحوثين يلجئون إلى العلاج التقليدي في حالة المرض مقابل نسبة 25.31 % من المرضى يلجئون إلى العلاج الحديث، نسبة 16.67 % من المبحوثين يتناولون أدوية دون إستشارة الطبيب، نسبة 11.11 % من المرضى متجاهلين الأعراض المرضية في حالة المرض ونسب ضعيفة في كل من فئة المبحوثين الذين يتأكدون من طبيعة المرض في حالة التعرض للمشاكل الصحية بنسبة 4.32 %، نسبة 2.47 % لكلا من المبحوثين الذين يلجئون للإرتياح والصلاة والدعاء والصبر وقراءة القرآن في حالة التعرض للمرض، نسبة 1.23 % من المبحوثين يلجئون للبكاء في حالة المرض. وأخير نسبة 0.62 % من المبحوثين يتناولون أدوية وأعشاب طبية في نفس الوقت.

وإذا تطرقنا إلى الفئة الثالثـة من المبحوثين غير الموافقين على المثل السابق، نجد من بينهم نسبـة 18.95 % من المبحوثين يعالجون مرضهم بالعلاج التقليدي مقابل نسبة 26.32 % من المبحوثين يلجئون إلى العلاج الحديث، نسبة 23.16 % من المبحوثين يتجاهلون الأعراض المرضية، نسبة 18.95 % من المرضى يتناولون أدوية دون إستشارة طبية، نسبة 7.37 % من المبحوثين شرب دواء خاص بالمرض، نسبة 8.42 % من المبحوثين التأكد من طبيعة المرض، وأخيرا نسبة 4.21 % يلجئون إلى الإرتياح في حالة التعرض للمشاكل الصحية.

إن المثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" هو إحدى الأمثال التي يتقيد با المرضى في مجال التجريب، والتي تؤثر في اللجوء للخدمة الصحية وفي أهم الممارسات التي يتبعونا أثناء تعرضهم للمرض. ولقد أبرزت نتائج البحث بأن المحايدين لهذا المثل هم أكثر لجوءا إلى العلاج التقليدي، وهذا يرجع إلى التأكيد على أخذ نصيحة الرب إلى جانب نصيحة الطبيب، لا يمكن الإستغناء على خدمات الطبيب خاصة في وقتنا الحالي. ولكن تبقى نسبة كبيرة من المبحوثين تتمسك بذا المثل وهي تمارس علاج تقليدي في حالة المرض. ويرجع السبب إلى أن الرب قد جرّب وعاش المرض بينما الطبيب فهو يخطأ تارة وينجح تارة أخرى، يشخص المرض فقط إنطلاقا من الأعراض المرضية ومن تعاليمه الطبية التي تعلمها. فهذا الإختلاف والإعتقاد بفعالية التجربة يجعل المرضى يتمسكون بالتجريب كتصريح هذه المريضة "التجريب مليح ويفيد، المريض لي يجرب يحس بالمرض كيما تحسي والطبيب ما يحسش بالمرض". فهذا الموقف أثر على نوعية الممارسة التي يتبعها المريض، وجعله يرفض النسق. وعليه نقول عدم إندماجه إجتماعيا بسبب إتباعه العلاج التقليدي. ويعني ذلك لا وظيفة للنسق.

وأيضا من أهم الأسباب التي جعلت المرضى متمسكين بالمثل السابق، "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" والتي إستنبطناها من الواقع هي أن التجربة نافعة، وترجع إلى الأجداد وهي عادات وتقاليد الأولين لا يمكن الإستغناء عنها. كما أن المريض له ثقة في مريض آخر عكس الطبيب، حيث يصرح بعض المرضى "الرب يشرحلك نفسك كثر من الطبيب، الرب أقرب للمرض، الطبيب يخطأ".

إن هذا المثل الشعبي وهو مثل مغلوط يحث المرضى على التمسك بالخبرة السابقة بالتجريب. وهذا على حساب الثقة في الأطباء الخدمات التي يقدمها النسق الطبي، حيث أن هذا المثل يشجع المرضى المصابين بالأمراض المزمنة بالأخذ بتجارب وخبرات الغير دون اللجوء للطبيب والتقيد بالممارسة الصحية وهذا ما صادفناه في دراستنا الميدانية. إذ تصرح مريضة: "الإنسان جرب حاجة وشافها، الطبيب قاري برك جسم الإنسان".

جدول رقم (83): يمثل توزيع أفراد العينة حسب علاقة معرفة أمثال شعبية وتغيير نمط الحياة.

تغيير نمط الحياة / معرفة أمثال شعبية	نعم	لا	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
نعم	54 % 31.95	111 % 65.68	04 % 2.37	169 % 100
لا	43 % 32.82	81 % 61.83	07 % 5.34	131 % 100
الموع	97 % 32.33	192 % 64	11 % 3.67	300 % 100

ولمعرفة نوعية الأمثال الشعبية ومحتواها وعلاقتها بتغيير نمط الحياة صممنا الجدول التالي:

جدول رقم (84): يمثل توزيع أفراد العينة حسب محتوى الأمثال وعلاقته بتغيير نمط الحياة.

تغيير نمط الحياة / محتوى أمثال شعبية	نعم	لا	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
أمثال شعبية تحث على الحرص على الوقاية	14 % 42.42	19 % 57.58	- -	33 % 100
الندم على التفريط في الصحة	10 % 10.20	86 % 87.76	02 % 2.04	98 % 100
الصحة كنز لا يعوض قيمة الصحة	07 % 38.89	10 % 55.56	01 % 5.55	18 % 100
الحرص على الصحة والحفاظ عليها	20 % 37.73	32 % 60.38	01 % 1.89	53 % 100
التمسك بالتجريب والخبرة السابقة	02 % 40	03 % 60	- -	05 % 100
تصنيفات أخرى	01 % 50	01 % 50	- -	02 % 100
الموع	54 % 25.84	151 % 72.25	04 % 1.91	209 % 100

ملاحظة: تصنيفات أخرى تمثلت في أمثال تحث على الصوم والصحة من عند الله.
الموع 209 راجع إلى أن بعض المبحوثين يقدمون عدة أمثال شعبية، لذا كان مجموع المبحوثين أكبر من مجموع المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية.

من خلال القراءة الأولية للجدول رقم (83)، نلاحظ أن أكبر نسبة من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم، بنسبة تقدر بـ 64 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه الفئة معززة من طرف المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية بنسبة 65.68 % مقابل نسبة 31.95 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم، ونسبة 2.37 % من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

وإذا تطرقنا إلى فئة المبحوثين الذين لا يعرفون أمثال شعبية نجد من بينهم نسبة 61.83 % من المرضى لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 32.82 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم ونسبة 5.34 % من أفراد العينة حاولوا تغيير نمط حياتم.

تعتبر الأمثال الشعبية هي أحد العناصر الثقافية التي نشأ عنها الفرد الجزائري، فالأمثال الشعبية المرتبطة بالصحة يمكن لها أن تكون محفزا لإتخاذ القرارات الصحية والمساهمة في تنمية السلوك الصحي لدى الفرد. وفي خضم ذلك فإننا حاولنا معرفة مدى تأثير نوعية ومحتوى الأمثال الشعبية على تغيير المريض لنمط حياته، فكانت النتائج موضحة في الجدول رقم (84) كما يلي: لقد بينت نتائج البحث أن أغلبية المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم، وذلك بنسبة تقدر بـ 72.25 % من مجموع المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية، حيث أن هذه النسبة تتمركز في فئة المبحوثين الذين صرحوا بأمثال شعبية محتواها يرتكز على الندم على التفريط في الصحة بنسبة 87.76 % مقابل نسبة 10.20 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم ونسبة 2.04 % من المرضى حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين تتضمن أمثالهم الشعبية قيمة الصحة، الصحة كنز لا يعوض، نجد نسبة 55.56% من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 38.89 % من المرضى غيروا من نمط حياتم ونسبة 5.55 % من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

وإذا تكلمنا عن الأمثال الشعبية التي تحث على الحرص على الصحة، نجد في هذه الفئة نسبة 60.38% من المبحوثين لم يغيروا نمط حياتم مقابل نسبة 37.73 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم ونسبة 1.89% مبحوث حاول تغيير نمط حياته دون أي جدوى.

وفئة التمسك بالتجريب والخبرة السابقة نجد نسبة 60 % من المرضى لم يغيروا من نمط حياته مقابل نسبة 40 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتم.

وبالنسبـة لفئة المبحوثين الذين إحتوى مضمون أمثالهم الشعبية "الحث على الوقاية"، نجد نسبة 57.58 % من المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 42.42 % من المرضى غيروا من نمط حياتم.

والمراتب الأخيرة تتقاسمها كل من فئة تصنيفات أخرى، حيث نجد في هذا الصدد في فئة التصنيفات الأخرى نسبة 50 % لكلا من المبحوثين الذين لم يغيروا من نمط حياتم والذين غيروا من نمط حياتم.

وفي هذا السياق فئة الأمثال التي تبرز قيمة الصحة، نجد النسب تتوزع كما يلي: نسبة 40 % من المبحوثين في صنف عدم تغيير نمط الحياة مقابل نسبة 60 % من المبحوثين إجاباتم كانت في صنف يوجد تغيير في نمط الحياة.

لقد أوضحت دراستنا الميدانية على وجود عدة أنماط من الأمثال الشعبية* يتقيد با المرضى في حياتم المرضية، وهي أمثال تتنوع، وقد أثرت في الثقافة الصحية للمريض من خلال تغييره لنمط حياته. إذ نجد أن المبحوثين يعرفون أمثال شعبية حول الصحة والمرض أغلبها أمثال تحث على الندامة في التفريط في الصحة، وأن أغلب المبحوثين في هذا الصنف لم يغيروا من نمط حياتم، حيث أن هذه الأمثال يؤمنون با إتجاه صحتهم واللجوء إلى الطبيب، وهي تكون دافعة لتغيير نمط الحياة أو تكون معوق من معوقات التغيير الذي يشمل إحداث تطور في التنمية الصحية وتغيير من الممارسات غير الصحية إلى الممارسات الصحية. ويمكن إرجاع ذلك إلى أن المفاهيم والتصورات التي يعتنقها المرضى سببا في عدم تغيير نمط حياتم. فالندامة في التفريط في الصحة هي إعتراف بالذنب. وبالرغم من ذلك فالتهاون في الصحة يبقى متواصلا، فهذه الأفكار لا يمكن تغييرها بين عشية وضحاها، وهي أيضا أفكار إعتنقها المرضى من واقع معيشتهم.

جدول رقم (85): يمثل توزيع أفراد العينة حسب علاقة معرفة أمثال شعبية والمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى زيارة الطبيب.

المراحل المتبعة / معرفة أمثال شعبية	تجاهل الأعراض المرضية	التأكد من طبيعة المرض	شرب دواء دون إستشارة الطبيب	اللجوء إلى العلاج الحديث	اللجوء إلى العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الصلاة، الدعاء، الصبر، وقراءة القرآن	الموع
نعم	14 % 8.28	10 % 5.92	27 % 15.98	43 % 25.44	65 % 38.47	01 % 0.59	01 % 0.59	06 % 3.55	02 % 1.18	169 % 100
لا	33 % 25.19	06 % 4.58	22 % 16.79	34 % 25.95	31 %23.67	- -	01 % 0.76	02 % 1.53	02 % 1.53	131 % 100
الموع	47 % 15.67	16 % 5.33	49 % 16.33	77 % 25.67	96 % 32	01 % 0.33	02 % 0.67	08 % 2.67	04 % 1.33	300 % 100

* لقد أسفرت دراستنا على إنتشار بعض الأمثال الشعبية والحكم منها:
- الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى.
- الوقاية خير من العلاج.
- إسأل الرب ولا تسأل الطبيب.
- الصحة عودة مولاها.
- الصحة كنز لا يفنى.
- الصحة هي الصح.
- إسأل الرب خير من الطبيب.

جدول رقم (86): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يعرفون أمثال شعبية حسب محتواها وعلاقة بالمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى زيارة الطبيب.

ملاحظة: المجموع 209 راجع إلى أن بعض المرضى ذكروا عدة أمثال شعبية.

المراحل المتبعة / أمثال الشعبية	هل الأعراض المر ضية	التأكد من طبيعة المرض	دون إستشارة	علاج الحديث	ج التقليدي	أعشاب طبية	كاء	تباح	سر، الصلاة وقراءة القرآن	موع
عبية تحث على الحرص على الوقاية	% 15.15	- -	% 6.06	% 36.36	% 39.39	-	-	% 3.03	-	%100
ى التفريط في الصحة	% 13.27	03 3.06 %	% 9.18	% 24.49	% 42.86	% 1.02	% 1.02	% 4.08	% 1.02	% 100
نز لا يعوض	% 15.38	02 15.38 %	% 23.07	% 23.08	% 23.08	-	-	-	-	% 100
على الصحة والحفاظ عليها	% 7.55	04 7.55 %	% 20.75	% 30.19	% 32.08	-	-	% 1.89	-	% 100
بالتجريب والخبرة السابقة	% 20	01 % 20	% 20	% 20	% 20	-	-	-	-	% 100
حة	% 20	- -	-	% 20	% 40	-	-	-	% 20	% 100
أخرى	-	- -	% 50	% 50	-	-	-	-	-	% 100
	% 12.44	10 4.78 %	% 12.92	% 27.75	% 37.32	% 0.48	% 0.48	% 2.87	% 0.96	% 100

من خلال أجوبة المبحوثين إتضح لنا جليا أن أغلبيتهم يلجئون إلى العلاج التقليدي في حالة تعرضهم لمشاكل صحية، وذلك بنسبة 32 % من مجموع 300 مبحوث. وإذا أردنا معرفة من هي الفئة الأكثر تتبعا للعلاج التقليدي هل هي فئة المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية أو فئة المبحوثين الذين لا يعرفون أمثال شعبية. فإننا نجد أن فئة المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية هم الأكثر معالجة بالعلاج التقليدي بنسبة 38.47 % مقارنة بنفس فئة المبحوثين الذين يلجئون إلى الطبيب أي العلاج الحديث في حالة المرض بنسبة تقـدر بـ 25.44 % ونسبة تمثل 15.98 % من المبحوثين يشربون دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 8.28% من المبحوثين يعرفون أمثال شعبية ويتجاهلون الأعراض المرضية. لتعرف النسبة إنخفاضا في المراحل المتبقية في حالة ظهور الأعراض المرضية كالتأكد من طبيعة المرض بنسبة 4.58 %، نسبة 16.79 % من المبحوثين في حالة التأكد من طبيعة المرض بنسبة 5.92%، نسبة 3.55% بالنسبة لصنف الإرتياح، نسبة 1.18% في صنف الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن وأخيرا نسبة 0.59% لكلا من صنف البكاء وتناول أدوية وأعشاب طبية.

وإذا إتجهنا إلى فئة المبحوثين الذين لايعرفون أمثال شعبية، نجد من بينهم نسبة 23.67 % من المبحوثين يعالجون أمراضهم بالعلاج التقليدي مقابل نسبة 25.95 % من المبحوثين يستشيرون أطباء في حالة المرض. لتنخفض النسب في الأصناف الأخرى وتعرف تذبذبات، حيث نجد نسبة 25.19% في صنف تجاهل الأعراض المرضية، نسبة 16.79% في صنف شرب دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 40.58% في صنف التأكد من طبيعة المرض، نسبة 1.53% في صنف كل من الإرتباح والصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن. وأخير نسبة ضعيفة في صنف البكاء تقدر بـ 0.76%.

وإذا أردنا معرفة تأثير مضمون الأمثال الشعبية على المراحل المتبعة في حالة التعرض للمرض، فإن نتائج الجدول رقم (86) تبرز ما يلي:

إن الإتجاه العام للجـدول يتجه نحو المبحوثين الذين يعالجون أمراضهم بالعلاج التقليدي بنسبة 37.32 % من مجموع المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية أي من أصل 209 مريض، وأن هذه النسبة معززة من طرف المبحوثين الذين تمثلت أمثالهم الشعبية في أمثال تحث على الندم على التفريط في الصحة بنسبة 42.86 % مقارنة بنسبة 24.49 % من المبحوثين يلجئون للطبيب، نسبة 13.27 % من المبحوثين في صنف تجاهل الأعراض المرضية، نسبة 9.18 % من المبحوثين كان جوابم في صنف شرب دواء دون إستشارة طبية، نسبة 4.08 % في صنف الإرتياح ، نسبة 3.06 % في صنف التأكد من طبيعة المرض، نسبة 1.02 % في كل من الأصناف التالية، صنف تناول أدوية وأعشاب طبية، صنف البكاء وصنف الدعاء، الصبر، الصلاة وقراءة القرآن الكريم.

أما في فئة المبحوثين الذين كانت إجاباتم حول الأمثال الشعبية التي تحث على الحرص على الوقاية نجد من بينهم: نسبة 39.39 % من المبحوثين يلجئون للعلاج التقليدي في حالة المشاكل الصحية مقابل نسبة 36.36 % من المبحوثين يلجئون للعلاج الحديث، نسبة 15.15 % بالنسبة للمرضى يتجاهلون الأعراض المرضية ونسبة 6.06 % في صنف تناول دواء دون إستشارة طبية، وأخيرا نسبة 3.03% في صنف الإرتياح. وتنعدم النسبة في صنف التعرف عن موقع الألم، صنف تناول أدوية وأعشاب طبية، صنف البكاء وصنف الدعاء، الصبر، الصلاة وقراءة القرآن.

وفي المرتبة الثالثة، نجد الأمثال الشعبية التي تنص على قيمة الصحة، حيث نجد نسبة 40 % من المبحوثين يلجئون للعلاج التقليدي في حالة التعرض للمرض مقابل نسبة 20 % من المبحوثين يلجئون لكلا من العلاج الحديث و أيضا لتجاهل الأعراض المرضية. وأخيرا نفس النسبة للمبحوثين الذين يستعينون بالدعاء، الصبر، الصلاة وقراءة القرآن.

إن الأمثال الشعبية التي تدل على الحرص على الصحة والحفاظ عليها، نجد نسبة 32.08 % من المبحوثين يعالجون مشاكلهم الصحية بالعلاج التقليدي مقابل نسبة 30.19 % من المبحوثين يستشيرون أطباء في حالة التعرض للمرض، ونسبة 20.75 % من المبحوثين يتناولون أدوية دون إستشارة طبية، لتعرف النسب الأخرى تذبذبات في كل من المبحوثين المتجاهلين للأعراض المرضية بنسبة 7.55 %، نسبة مبحوثين يتأكدون من طبيعة المرض تقدر بـ 7.55 % مبحوث، وأخيرا نسبة 1.89 % من المبحوثين يرتاحون في حالة المرض.

وفي هذا السياق، فإن الأمثال الشعبية التي تتضمن قيمة الصحة، الصحة كنز لا يعوض، نجد نسبة 23.08 % من المبحوثين يعالجون أمراضهم بالعلاج التقليدي مقابل نفس النسبة أي 23.08 % من المبحوثين يستشيرون الأطباء في حالة مشاكلهم الصحية، نسبة 23.07% في صنف تناول أدوية دون إستشارة طبية، نسبة 15.38 % لكل من المبحوثين المتجاهلين للأعراض المرضية، الذين يتأكدون من طبيعة المرض، شرب أدوية دون إستشارة طبية. ونسبة 7.69 % من المبحوثين تناول أدوية خاصة بالمرض المزمن.

وفي المرتبة قبل الأخيرة، نجد صنف الأمثال الشعبية التي تحث على التمسك بالتجريب والخبرة السابقة، حيث نجد نسبة 20 % لكل الأصناف التالية، صنف العلاج التقليدي، صنف اللجوء للعلاج الحديث، صنف تناول دواء دون إستشارة طبية، صنف التعرف عن موقع الألم، صنف تجاهل الأعراض المرضية.

وآخر المراتب نجدها في فئة التصنيفات الأخرى المتمثلة في الحدث على الصوم، حيث نجد نسبة منعدمة في صنف المبحوثين المعالجين لمشاكلهم الصحية بالعلاج التقليدي مقابل نسبة 50 % لكلا من المبحوثين الذين يلجئون للعلاج الحديث والمبحوثين الذين يتناولون أدوية خاصة بالمرض المزمن، ونسب منعدمة في الفئات الأخرى.

نستشف من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (85)، أن أغلبية المبحوثين يستعملون علاج تقليدي لمعالجة مرضهم ومشاكلهم الصحية، وهم يعرفون أمثال شعبية، وهذا راجع إلى واقعهم المعاش وظروفهم المعيشية ومعتقداتم بأن العلاج التقليدي نافع للتخلص من المرض. فالإيمان بفعالية الطب الشعبي يبقى يغزو فكر المريض، وأن معرفة الأمثال الشعبية لها علاقة لها باللجوء إلى الخدمة الصحية في هذه الحالة، فممكن أن كثرة الأمثال الشعبية واللجوء إلى العلاج التقليدي راجع إلى الوسط الأسري الذي يعمل على تنشئة الفرد ثقافيا من خلال نشر التراث الثقافي في المتمع الجزائري.

ونتيجة للعولمة، التكنولوجيات الجديدة ووسائل الإعلام التي دخلت وإحتلت مكانة في الأسرة الجزائرية أثرت في نقل التراث الثقافي للفرد الجزائري خاصة فيما يتعلق بالتراث المحدد غير الملموس كنقل الأمثال، الحكم الشعبية، الحكايات والأساطير لأفراد الأسرة. وفي هذا الصدد نجد أن المسنين أو كبار السن هم الأكثر معرفة بذه الأمثال على غرار الأجيال الحالية.

إن هذا النوع من الثقافة في طريق الزوال المستمر، حيث أصبحت تضمحل نتيجة الإستهلاك الثقافي من الثقافة الغربية والتي لا تناسب مجتمعنا الجزائري، ونتيجة لذلك ثقافتنا التي إكتسبناها من آبائنا الأولين عرفت الإختفاء.

وفي هذا الصدد حاولنا معرفة نوعية الأمثال الشعبية ومحتواها وما تأثيرها على المراحل المتبعة في حالة المرض، حيث أخذنا بعين الإعتبار المبحوثين الذين يعرفون أمثال شعبية فقط، وأوضحت دراستنا في هذا المجال أن الأمثال التي تحث على الندامة على التفريط في الصحة إحتلت الصدارة في ممارسة العلاج التقليدي. وهذا راجع إلى الندم وهو إعتراف عن خطأ أو ممارسة غير صحية إرتكبها المريض، حيث أن الندم يبقى يغزوا فكر المريض، حينما يتفكر كيف كان في السابق والآن كيف أصبح ويعرف قيمة الصحة كالقيمة التي تدل على الحرص على الصحة والحفاظ عليها ولا يمكن تعويضها بمال الدنيا. كالمثل المعروف "الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلى المرضى". فهذه الأمثال تفسر لنا واقع إجتماعي يعيشه المرضى في حياتم اليومية.

إن الأمثال الشعبية والحكم التي مضمونا ينصب حول الندم على الصحة، والتي تؤثر تأثيرا سلبيا على الخدمة الصحية ولا تدفع المرضى لإلتماسها بل التمسك أكثر بالعلاج التقليدي على حساب الثقة الممنوحة للعلاج الحديث، تشجع على إعادة إنتاج ثقافة شعبية متمثلة في الطب الشعبي، حيث أن هذه العناصر الثقافية تؤثر تأثيرا سلبيا على فعالية ووظائف النسق الطبي، على الدور المنوط للطبيب وعلى طلب المساعدة الطبية التي غالبا ما نجدها متأخرة لدى المرضى. فآخر شيء يفكر فيه المريض هو اللجوء إلى الخدمة الصحية. وهذا بعد تجريب كل البدائل العلاجية أولا كالبديل العلاجي التقليدي نتيجة إيمانه بذا البديل وما يحمله من أفكار ومعتقدات سلبية حول الطب الرسمي والطبيب بشكل عام، بالمقولة التي يرددها المرضى وهي "الطبيب واش يديرلك، يكتبلك الدوا ويقولك ديري هذي وهذي برك".

وفي هذا المجال، فإن الدراسات المنجزة حول الأمثال الشعبية وإرتباطها بالصحة، نجد دراسة علي المكاوي حول الأبعاد الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، حيث توصل في دراسته في المجال الثقافي إلى أن العناصر الثقافية تؤثر على الأداء المهني للخدمة الصحية، وعلى طلبها وعلى المستوى الصحي العام للمجتمع. إذ أن غالبية المبحوثين حرصوا على الوقاية بترددهم للحكمة القائمة "الوقاية خير من العلاج"، حتى لا يتفاقم المرض ويثير الندم فيما بعد من تفاقمه. وذلك بالنسبة لمرضى الريف، البادية والحضر، حيث أن مريض الصفراء، الإلتهاب الكبدي، الحمى المخية والصدر يندمون على تفريطهم في صحتهم وعلى إهمالهم للفحص الطبي وإلتماس الخدمة الصحية فور ظهور أول أعراض الألم. وكذلك تردد الغالبية من المرضى عبارة "صحتك بالدنيا" كدليل على الحرص على الصحة والحفاظ عليها. ولقد توصل الباحث إلى أن نظام الخدمة الصحية المجانية في مصر ككل، يدفع بالمتمارضين والأصحاء للكشف الطبي والحصول على الأدوية والعلاج المجاني على حساب المرضى الفعليين حقا. وهذا من خلال المثل القائل "أبو بلاش كنز منه". فهذا السلوك يزيد من عدد المترددين في الريف والحضر ويزيد العبء على الأطباء وعلى طاقة المؤسسة وكمية الأدوية فيؤدي ذلك إلى العجز وقلة كفاءة الخدمة بالتبعية وتضيع فرصة المريض الفعلي في الحصول على الرعاية.

ولقد توصل أيضا الباحث إلى أن هناك مثل شعبي يراوده المرضى كل من مرضى البادية، الريف والحضر بنطق خاطئ وقد تعودوا عليه، وينص هذا المثل على الثقة المطلقة في الخبرة السابقة بالمرض والعلاج والتجريب، وهذا على

حساب الثقة في الطب الحديث. ويتمثل هذا المثل في "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب" يعني الأخذ بتجارب وخبرات الأفراد الآخرين في مجال الصحة دون اللجوء للطبيب، حيث يرتبط هذا "بواية الإفتاء الطبي" عند الكثير من المرضى. وصحة المثل هي "إسأل الرب ولا تنسى الطبيب"، ولكن جرى العرف على إستخدامه بنصه المتقدم.

وفي نفس السياق، توصل الباحث إلى أن هناك أمثال شعبية تحث المريض على إلتماس الخدمة الصحية عند الأطباء الخواص، كالمثل القائل "الغالي تمنه فيه" و "أدى العيش لخبازة"...الخ. فهذه الأمثال يحرص بعض المرضى من خلالها على الكشف عند طبيب معين إعتادوا على اللجوء إليه أو مستشفى معين قصدوه من قبل ولديهم معرفة كاملة به. ويضيف الباحث المثل المتردد لدى المبحوثين وهو "اللي عرفته أحسن من اللي ماعرفتوش"، حيث يتدعم هذا المثل ودوره في طلب الخدمة الصحية من خلال العشرة والمعرفة القديمة بالطبيب. (1)

المطلب الثالث: ممارسة الأعشاب الطبية إعادة إنتاج ثقافة شعبية تقليدية:

إن المجتمع الجزائري مع التغير الذي عرفه، عرف مجموعة من الأمراض منها الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب. وصاحب هذه النقلة في الأمراض إنتشار ظاهرة جديدة من جهة وتقليدية من جهة ثانية. وهي ظاهرة الطب الشعبي وممارسة الوصفات الشعبية التقليدية، حيث أصبح هذا الطب غير الرسمي يتماشى جنبا إلى جنب مع الطب الحديث. فيمكن إرجاع هذا الظهور إلى عجز الأطباء والطب الرسمي في معالجة الأمراض المزمنة السابقة الذكر أو إلى عوامل أخرى نجهلها. وفي هذا الصدد أفرزت لنا مقابلة الأطباء رصيد معرفي حول هدا النوع من العلاج، حيث يتفق معظم الأطباء على خطورة إستخدام هذا النوع من الطب في علاج الأمراض المزمنة. وإستنادا على ذلك، فإن المريض يحاول إنتاج ثقافة شعبية تقليدية يحافظ عليها دون المراعاة في أخطارها، خاصة إذا تعلق الأمر بالإستعمال الثنائي لكل من الطب الحديث والتقليدي. وفي هذا الصدد تشمل دراستنا العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة، وهي عادات تتمثل في كيفية معالجة الأمراض المزمنة من خلال الثقافة الشعبية للمرض والمتمثلة في الطب الشعبي التقليدي. ومن خلال معرفة هل حقا هناك إعادة إنتاج لنموذج ثقافي تقليدي ثقافة تقليدية في مجال الصحة، حاولنا تصميم مجموعة من الجداول الإحصائية التي تفي بذا الغرض على النحو التالي:

جدول رقم (87): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى الإيمان بفعالية الطب الشعبي وتنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / الإيمان بفعالية الطب الشعبي	نعم	لا	الموع
نعم	64 % 36.36	112 %63.64	176 % 100
لا	51 % 41.13	73 % 58.87	124 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

(1) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ص 365-366.

جدول رقم (88): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يؤمنون بفعالية الطب الشعبي حسب الأسباب.

أسباب الإيمان بفعالية الطب الشعبي	التكرار	النسبة %
فعال في علاج المرض ومضمون النتائج	119	67.61
كره دواء الطبيب	6	3.41
الراحة النفسية والجسمية	14	7.95
الدواء الكيميائي مصنوع من الأعشاب	2	1.14
الطب الشعبي مذكور في القرآن والكتب، الطب النبوي	04	2.27
التجربة	7	3.98
العادات والتقاليد	24	13.64
الموع	176	100

إن بعض الإعتقادات والأفكار السائدة في التمع وفي أوساط المرضى تقف كعائق أمام تحقيق الصحة المثالية للفرد، وأيضا تعتبر من أهم معوقات النسق الطبي، إحداث تنمية صحية في التمع وتوفر ثقافة صحية لدى المريض. وفي هذا الصدد، فإن معطيات الجدول رقم (87)، تبرز لنا حقائق جد مهمة، حيث أن الإتجاه العام للجدول ينصب في فئة المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 61.67 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المبحوثين الأكثر إيمانا بفعالية الطب الشعبي بنسبة تقدر ب 63.64 % مقابل نسبة 36.36 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم يؤمنون بفعالية الطب الشعبي.

أما بالنسبة لفئة المبحوثين الذين لا يؤمنون بفعالية الطب الشعبي، نجد نسبة 58.87 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 41.13 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

إن أغلبية المبحوثين الذين يؤمنون بفعالية الطب الشعبي يرجعون الأسباب الرئيسية إلى الفائدة والفعالية في علاج المرض المزمن والنتائج مضمونة من الدواء الكيميائي، حيث أن دواء الطبيب له مضاعفات خطيرة ممكن أن تؤدي إلى أمراض أخرى حسب تصريح المرضى كتصريح هذه المريضة "أنا دوا نتاع La tension دارتلي مرض السكر" أما دواء الأعشاب الطبية إذا لم تنفع لا تضره" وتضيف أخرى "دوا العرب لا مانفعكش ما يضركش ماشي كيما دوا الطبيب". وغيرها من التصريحات الأخرى.* فالإعتقاد بفعالية الطب الشعبي هي مفاهيم راسخة في مخيلة المريض والتي تؤثر سلبا في

* لقد أفرزت دراستنا مجموعة من التصريحات حول فعالية الطب الشعبي تبرزها كما يلي:
- ألقينا يشربوها جدودنا.
- نوافقوا لأننا صبنا والدينا يوافقوا عليه.
- كاين لي صابوا ويآمنوا بيه.
- الناس ملت من الدوا كاين الدوا لي يضر.

تنفيذ نصائح وتعليمات الطبيب. وهذا ما لمسناه من مقابلاتنا للمرضى، حيث أن أغلبية المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب يؤمنون بفعالية الطب الشعبي في علاج الأمراض منها المستعصية. فهذا الإعتقاد راجع إلى النتائج التي حققها هذا الطب في علاج الأمراض منها الأمراض التي عجز الطب على علاجها كأمراض السرطان، ويزيد إيمانهم وإعتقادهم وتصورهم بنجاعة الطب الشعبي من خلال معايشتهم للواقع ومن خلال سرعته في تحقيق العلاج السريع مقارنة بالطب الحديث. وأيضا من خلال التقيد بالطب النبوي الذي كان شائعا في وقت النبي محمد صلى الله عليه وسلم وغيره من الأنبياء. إذ تؤكد لنا مريضة هذه الحقيقة وتقول: "سيدنا سليمان عالج بلعشاب، دوا الطبيب مصنوع بلعشاب". وبالرغم من أن مجموعة كبيرة من المرضى يؤمنون بفعالية هذا الطب، إلا أن البعض الآخر منهم لم يجربه نتيجة عدة أسباب، ولكن فضولهم وحاجتهم تدفعهم للتجريب. وهذا ما صرح به بعض المرضى كقول هذا المريض: "قاع صابوا عليه أنا ما جربتش راني حب نجرب". أما فئة أخرى من المبحوثين، فإنا غير راضية على إستعمال هذا النوع من الطب. إذ ترى أن له خطورة على صحة الفرد. ويظهر ذلك من خلال قول هذا المريض: "دوا العشب لازم التعيار". ويضيف آخر على هذا القول: "الحيلة والتحرايمت بزاف لعشاب ينخافوا، كاين النية بكري نامنوا بيه والآن ماكاش النية، الخوف تولي في حاجة أخرى". وفي خضم ذلك فإن الإيمان بالطب الشعبي يحث على نشر الثقافة الصحية وعلى التعاون مع الطبيب. وفي سياق هذا الحديث، فإن تغيير أفكار ومعتقدات الأفراد خاصة المرضى أصعب شيء يواجهه الأطباء في تعاملهم وعلاقاتم معهم. فالمريض غالبا ما يرى بأن الطبيب لا يبحث عن مصلحته، فهو يكشف ويعطي النصائح دون أي مبالاة. فهذه التصورات التي يحملها الفرد حول الطبيب ودوره تعيق هذا الأخير على أدائه لمهنته.

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين الإيمان بفعالية الطب الشعبي وتنفيذ نصائح الطبيب، تم حساب معامل الإرتباط وهو معامل الإقتران الذي أوضح أن هناك علاقة بين المتغيرين وهي علاقة عكسية ضعيفة، حيث قدر هذا المعامل بـ -0.1.

جدول رقم (89): يمثل توزيع أفراد العينة حسب شراء أعشاب طبية وإستغلالها عند الحاجة وعلاقتها بتوفر معلومات صحية.

توفر معلومات صحية / شراء أعشاب طبية	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
نعم	22 % 18.18	13 % 10.74	35 % 28.93	86 % 71.07	121 % 100
لا	39 % 21.79	29 % 16.20	68 % 37.99	111 % 62.01	179 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

- كاين لي صابوا عليه وكاين لي شادين فيه من زمان.
- حاجة لي نعرفها نتامن بيها لأن لجداد عايشين بالتيزانا والعشب والشناوى وفي التلفاز.

الدوا غالي بزاف ما يقدرولوش.

- بكري باش كنا نداوا كنا نداوا بالعشب.
- دوا الطبيب مين يخدموه، أحيانا ما نعرفوش مليح لعشاب، دوا الطبيب مخدوم بالبيوشيمي ويضر.
- لي برودوي شيمي ضروا الناس وحده، الظروف الإقتصادية كذلك تخليني نميل للعشاب.

لقد عرف المجتمع الجزائري بعض المظاهر الدخيلة عليه أهمها شراء أعشاب طبية وإستغلالها عند الضرورة، وهذا ما لمسناه أثناء قيامنا بالبحث الميداني. فحسب تصريحات المرضى، فإنهم يلجئون إلى شراء أعشاب طبية لعلاج وإسعاف الحالات المرضية، حتى أن علاج الأمراض المزمنة بالأعشاب الطبية أصبح أكثر إنتشارا بين أوساط المرضى. ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى الوضع المادي المنخفض للمريض وأيضا كره الدواء الكيميائي والأطباء. فالسؤال الذي يطرح نفسه هو هل توفر معلومات صحية لدى المريض لها علاقة بشراء أعشاب طبية وإستغلالها عند الحاجة؟

إن الجدول رقم (89)، يحاول الإجابة على السؤال السابق، حيث أكدت نتائج البحث أن أغلبية المبحوثين لا تتوفر لديهم معلومات صحية حول مرضهم المزمن، وذلك بنسبة تقدر بـ 65.67 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المبحوثين الذين يلجئون لشراء أعشاب طبية بنسبة 71.07 % مقابل نسبة 28.93% من المبحوثين تتوفر لديهم معلومات صحية أغلبها معلومات قليلة حول مرضهم أي نسبة 18.18% مقابل نسبة 10.74 % في صنف معلومات صحية ثرية.

وفي نفس سياق القراءة الإحصائية للجدول السابق، نجد أن فئة المبحوثين الذين لا يشترون أعشاب طبية يتوزعون كما يلي: نسبة 62.01 % بالنسبة لفئة المبحوثين الذين لا تتوفر لديهم معلومات صحية مقابل نسبة 37.99 % من المبحوثين تتوفر لديهم معلومات صحية منها نسبة 21.79 % في صنف معلومات صحية قليلة حول المرض المزمن ونسبة 16.20 % في صنف معلومات ثرية حول المرض المزمن.

لقد تميز مجتمع بحثنا ببعض الميزات والممارسات غير الطبية التي تنافس الطب الحديث، وهي الأعشاب الطبية التي أصبح المريض المصاب بمرض مزمن في الجزائر يشتريها ويدخرها في منزله وإستعمالها عند الحاجة وأحيانا علاج المرض المزمن. وهذا راجع إلى الإيمان بذا الطب الشعبي من إنخفاض الوعي الصحي لدى المريض من جهة وإنخفاض مستواه المعيشي ودخله من جهة ثانية. وفي هذا الصدد، فإن الظروف المعيشية تكون سببا من أسباب لجوء المرضى لهذا النوع من العلاج، حيث تصرح مجموعة من المرضى على غلاء دواء الطبيب. وهذا كان سببا في اللجوء إلى الأعشاب الطبية. ويظهر ذلك من خلال التصريح التالي لمريضة: " ندير لعشاب نتاع بر لأن ما عنديش باش نروح للطبيب، غلا الدوا، مكاش لسورونس، مكاش الطبيب على برا". وعليه فإن هذا التصرف يقلل من نسبة الإستفادة من الثقافة الصحية ويحدد من إلتماس الخدمة الصحية وإستشارة الأطباء، لأن الطبيب له دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، وإذا تخلى المريض عن الخدمات الطبية فينعكس ذلك سلبا على صحته وعلى علاقته مع الطبيب التي ينتابا التوتر والصراع بسبب عدم تنفيذ نصائحه وتوصياته. ويمكن القول أن لجوء المرضى لهذا النوع راجع إلى غياب الوعي الصحي وقلة الثقافة الصحية لدى المريض الجزائري. وهذا ما صرح به بعض المرضى المعارضين لهذا النوع من العلاج.

وإستخدامنا لأحد معاملات الإرتباط وهو معامل الإقتران، إتضح جليا أن هناك علاقة عكسية ضعيفة بين شراء أعشاب طبية وتوفر معلومات صحية، حيث قدر هذا المعامل بـ -0.20.

جدول رقم (90): يمثل توزيع أفراد العينة حسب علاقة تجريب أعشاب طبية منذ الإصابة بالمرض المزمن والمراحل المتبعة منذ ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

اللجوء للعلاج الحديث	العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الدعاء، الصبر، الصلاة وقراءة القرآن	الموع
26 16.67 %	67 42.95 %	01 0.64 %	- -	03 1.92 %	03 1.92 %	156 100 %
51 35.42 %	29 20.14 %	- -	02 1.39 %	05 3.47 %	01 0.69 %	144 100 %
77 25.67 %	96 % 32	01 0.33 %	02 0.67 %	08 2.67 %	04 % 1.33	300 % 100

يانات الجدول رقم (90)، أن نسبة كبيرة من المبحوثين يعالجون أمراضهم بالعلاج التقليدي بنسبة تقدر بـ 32 % من الموع الكلي للمبحوثين. وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو تجريب أعشاب طبية منذ الإصابة بالمرض المزمن، نجد أن فئة المبحوثين المعالجين مشاكلهم الصحية بالعلاج التقليدي هم الأكثر تجريبا للأعشاب الطبية بنسبة تمثل 42.95 % مقابل نسبة 16.67 % من المبحوثين يجربون أعشاب طبية ويلجئون إلى الأطباء في حالة ظهور أمراض، لتعرف المراحل الأخرى المتبعة في حالة ظهور الأعراض المرضية تذبذبات في النسب، حيث نجد نسبة 16.03 % من المبحوثين يتجاهلون الأعراض المرضية قد جربوا أعشاب طبية، نسبة 5.13 % من المرضى يتأكدون من طبيعة المرض، نسبة 14.74 % من المبحوثين يتناولون أدوية دون إستشارة طبية، نسبة 0.64 % من المبحوثين تناول أدوية وأعشاب طبية، نسبة 1.92 % من المبحوثين يرتاحون في حالة المرض، نسبة 1.92 % من المبحوثين الإستعانة بالصبر، الصلاة، الدعاء وقراءة القرآن ونسبة منعدمة في صنف المبحوثين الذين يلجئون إلى البكاء في حالة المرض.

وفي نفس السياق للقراءة الإحصائية لمعطيات الجدول، نجد أن المبحوثين غير المربين للأعشاب الطبية يتوزعون كما يلي: نسبة 20.14 % من المبحوثين يعالجون مشاكلهم الصحية بالعلاج التقليدي مقابل نسبة 35.42 % من المبحوثين

يلجئون إلى إستشارة الأطباء في حالة ظهور الأعراض المرضية، نسبة 18.05% في صنف شرب دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 15.28 % من أفراد العينة يتجاهلون أعراضهم المرضية، نسبة 5.56% من المبحوثين الذين يتأكدون من طبيعة المرض، نسبة 3.47 % من المبحوثين يرتاحون في حالة التعرض للمشاكل الصحية، نسبة 1.39 % من المبحوثين يلجئون إلى البكاء في حالة التعرض للمشاكل الصحية، ونسبة ضعيفة جدا من المبحوثين يلجئون إلى الدعاء، الصلاة، الصبر وقراءة القرآن في حالة التعرض للمرض وتمثل نسبة 0.69 % من المبحوثين الذين لم يجربوا الأعشاب الطبية.

ويمكن القول أن حتى في إستخدام الأعشاب الطبية يجب أن يتحلى مستخدميه بثقافة حول إستعمالها، من حيث الكميات وطريقة. وهذا ما صرح به أحد المرضى، حيث يقول مريض: "لعشاب ملاح، ولكن الواحد يعرف كيفا يخدمهم، لازم الواحد يكون علابالوا، لعشاب بالكيلات ماشي هكذاك". وفي هذا الصدد، فإن المرضى غالبا ما يلجئون إلى الأطباء في بداية الأمر، ثم ينتهي بم المطاف خاصة في حالة الأمراض المزمنة إلى اللجوء إلى الطب الشعبي لعلهم يجدون الشفاء. فحسب تصريح أحد المرضى "أكرهنا دوا الطبيب نروحوا لدوا العرب"،وغيره من التصريحات الأخرى.* وعليه نستنتج من خلال بيانات الجدول أن تجريب الأعشاب الطبية يحد من إلتماس الخدمة الصحية، حيث أن أغلبية المبحوثين جربوا منذ إصابتهم بالمرض المزمن الأعشاب الطبية وما زالوا يستعملونا عند تعر،

وإعتقادهم بفعالية الطب الشعبي، حيث أن المريض في حالة الأمراض المزمنة غالبا ما يزاوج بين العلاج الحديث والعلاج التقليدي. ضنا بذلك أن العلاج التقليدي إذا لم يحقق نتائج علاجية فإنه لا يضر. وهناك إعتقاد وتصور شعبي عند المبحوثين هو أن الأدوية الكيميائية هي عبارة عن مستخلصات عشبية ونباتية، كتصريح هذا المريض "الدوا مين مخدوم، مخدوم من العشب، بكري الطب كانوا يخدمو الدوا من العشب". وتضيف مريضة أخرى "إبن سينا كان يخدم الدوا من العشب". وفي نفس السياق، فإن إعتناق المرضى للطب الشعبي والأعشاب الطبية راجع إلى الإقتداء بالنبي محمد صلى الله عليه وسلم حول شفاء المريض وبالطب العربي الذي كان سائدا في القرون الماضية. وهذا التمسك بالطب النبوي ظهر كثيرا في الآونة الأخيرة مع ظهور ما يعرف بالرقية، الحجامة والعلاج بالأعشاب بسبب إنتشار هذا الطب في وسائل الإعلام البصرية بما فيها البرابول وأيضا الأنترنيت. وقد تكون هذه المفاهيم والتصورات التي يعتنقها المرضى سببا في عدم دفعهم لإستشارة الأطباء. ولا يمكن القول بأن أصحاب الريف هم الأكثر تمسكا بذا الطب الشعبي، بل نجده حتى في الحضر نتيجة نقله من الريف إلى الحضر، وأيضا نتيجة رواجه في البرابول وإنتشاره في المدينة على يد مختصين في هذا المال بطريقة قانونية أو غير قانونية، حيث يتاجرون في الأعشاب الطبية، يمارسون الحجامة والرقية. وعليه فإن مثل هذه الممارسات تعيق من وظائف النسق الطبي لأن المريض غالبا ما نجده يستعمل العلاج التقليدي والعلاج الرسمي في آن

* من أهم التصريحات التي قدمها المرضى حول الأعشاب الطبية نجد ما يلي: .

- عدم ثقة المريض في الطبيب، نبدلوا الطبو ونروحو للعشاب.
- عدم إفادة دوا الطبيب نروحوا للعشاب.
- الناس يدقوتات من الطبيب والسبيطار، لعشاب ساهل ومكاش تضياع الوقت.

الناس كرهت من الطبيب كاين لعشاب لي يفيدوا.

- صبنا والدينا يداوو بيهم نتبع والدينا بداو بلعشاب ينوضوا.

واحد هذا من جهة. ومن جهة ثانية يستعمل العلاج التقليدي فيتطور المرض وتتفاقم الحالة المرضية فيلجأ للطبيب فيفشل هذا الأخير في معالجة المرض. وهذا الإنحراف نسجله خاصة في حالة الأمراض المزمنة والمستعصية. ففي هذه الحالة يمكن القول أن قلة الخبرة في إستعمال الأعشاب الطبية يعيق من نشر التثقيف الصحي في المجتمع الجزائري. فتذهب جهود المختصين في هذا المجال سدا وتقل الثقافة الصحية لدى المريض. وإذا قلت فهذا يعني عدم تكيف النسق الطبي وعدم إنجازه للأهداف المسطرة، أي عدم إحداث ضبط إجتماعي. وفي هذا الصدد نجد أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي وليلى أبوحسين يرون أن "إتجاهات الناس وتصرفاتهم تجاه الصحة والمرض تتصف بالتعقيد والتنوع ولذلك يختلف الأفراد في تفسيرهم للأعراض المرضية التي يشعرون بها، وفي إستجاباتهم للألم وفي إتجاهاتهم نحو الخدمات الصحية".[1]

جدول رقم (91): يمثل توزيع أفراد العينة حسب معرفة وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن وعلاقته بتوفر معلومات صحية حول المرض المزمن.

توفر معلومات صحية / معرفة وصفات شعبية	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
نعم	39 % 21.91	20 % 11.24	59 % 33.15	119 % 66.85	178 % 100
لا	22 % 18.03	22 % 18.03	44 % 36.06	78 % 63.94	122 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

جدول رقم (92): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يعرفون وصفات شعبية حسب نوعها.*

(1) أيمن مزاهرة، عصام حمدي، ليلى أبو حسين، علم إجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، 2003، ص 137.

*أهم الوصفات الشعبية التي ذكرها المرضى لعلاج داء السكري، الضغط الدموي والقلب هي:

- الوصفات الشعبية لعلاج مرض السكر:

-العلايق لتخفيض نسبة السكر في الدم. - مرق الموز ، كسبر ومعدنوس تيزانا. - تغلية الشيح وشربه تيزانا. - العرعار كشكل تيزانا كأس في الصباح وكأس في المساء. - تناول اللوز المر. - تغلية عشبة المريوة وشربا كتيزانا. - خليط حب الصنوبر، زيت الزيتون وهذا لتخفيض نسبة السكر في الدم. - إستعمال ورق الجوز والرمان كتيزانا. - تناول الحلبة. - ماء الفاصوليا مغلى ويشرب. - ورق الإكليل على شكل تيزانا. - تغلية كل من سلطنة الملوك، الكاردة (القرنون) والشيح وشربم على شكل تيزانا. - عشبة الجعيدة تغليتها وشرب كأس في الصباح وكأس في الليل. وهذا يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم. - تناول الزنجبيل. - إستعمال سواء النبي. - شرب زيت الحبة السوداء. -وضع عشبة مرارة العنش في الماء لمدة معينة وتوضح في الثلاجة وشربا على شكل تيزانا. - تغلية عشبة شجرة مرين وإستعمالها على شكل تيزانا. - تغلية ورق الزيتون. - تحميص السانوج وأكله. - مرارة (الصفراء) البقرة والحنة ووضعها في رجلي الفرد. - تغلية الحلحال وتناوله على شكل تيزانا.

- الوصفات الشعبية لعلاج الضغط الدموي:

نوع الوصفات الشعبية	التكرار	النسبة %
وصفات شعبية منزلية	05	% 2.80
وصفات شعبية بسيطة	116	% 65.17
وصفات شعبية مركبة	57	% 32.02
الموع	178	% 100

يتجلى لنا من معطيات الجدول رقم (91)، أن أغلبية المبحوثين رضهم المزمن، وذلك بنسبة تقدر بـ 65.67 % من مجموع المبحوثين. وإذا تعمقنا أكثر في الجدول نجد أن الفئة الأقل معرفة صحية حول المرض المزمن هي الأكثر معرفة للوصفات الشعبية العلاجية للمرض المزمن، وذلك بنسبة تقدر بـ 66.85 % مقابل نسبة 33.15 % من المبحوثين توفرت لديهم معلومات صحية ويعرفون وصفات شعبية علاجية لمرضهم المزمن، حيث أن هذه الفئة يعززها المبحوثين الذين لديهم معرفة قليلة حول مرضهم المزمن بنسبة 21.91 % مقابل نسبة 11.24 % من المبحوثين لديهم معلومات ثرية حول المرض المزمن. وإذا تطرقنا إلى فئة المبحوثين الذين لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن، نجد من بينهم نسبة 63.94 % من المبحوثين لا تتوفر لديهم معلومات صحية مقابل نسبة 36.06 % من المبحوثين تتوفر لديهم معلومات صحية.

إن أغلب الوصفات الشعبية العلاجية التي يعرفها المرضى تمثلت في الوصفات الشعبية العلاجية البسيطة بالدرجة الأولى، وذلك بنسبة تقدر بـ 65.17 % من أصل 178 مبحوث يعرف وصفات شعبية علاجية.

لقد صادف معرفة وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن قلة المعرفة الصحية عند هذه الفئة، حيث أن التمسك بالعادات والتقاليد يقلل من وعي المرضى صحيا ويخفض من نسبة الثقافة الصحية، لأن هذه الأفكار والمعلومات التي يحملها المريض حول الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن ما هي إلا مدركات ومعتقدات ومكون معرفي إكتسبه الفرد من خلال تنشئته الثقافية حول الأمور الصحية التقليدية وكيفية علاجه للمرض هذا من الوسط الأسري، وعن طريق ما إكتسبه عن مرضى مصابين بنفس الأمراض. وهذا كله يشكل لدى الفرد المريض إتجاهات ومواقف مرتبطة بالصحة ومؤثرة في معلوماته ومعارفه الصحية. وإذا ما قلنا بأن هذا الرصيد المعرفي الذي كونه المريض حول الوصفات الشعبية التقليدية منبعه الأسرة بالدرجة الأولى والواقع المعاش بالدرجة الثانية.

- تغلية النعناع وإستماله على شكل تيزانا. - وضع المعدنوس على شكل سلاطة. - وضع الثوم في الأذن وتحت اللسان وأكله بكمية معينة يعمل على تخفيض نسبة الضغط الدموي. - خليط العسل والحلبة. - تغلية عشبة الإكليل وشربه على شكل تيزانا. - تناول زيت الحبة السوداء. - تناول الزنجبل . - تغلية ورق الرند على شكل تيزانا. - تغلية العرعار على شكل تيزانا. - تغلية ورق المشماش على شكل تيزانا.

- تناول عصير القارس وحتى تغلية عشوره. - تغلية زريعة البسباس.

- الوصفات الشعبية لعلاج مرض القلب:

- خليط من العسل وزيت الزيتون. - خليط من الحلبة والعسل. - خليط من العسل، الحلبة والسانوج. - تناول زيت الزيتون. - شرب تيزانا من النعناع. - تغلية قشور الموز وإستعمالها على شكل تيزانا. - تناول فاكهة التفاح. - وضع عروق الصنوبر، الضرو والكروش في الماء مدة 3 أو 5 أيام وشربم على شكل مشروب. - خليط من زيت الزيتون، العسل والحلبة. - عشبة شندقورة على شكل تيزانا.

وإستخدام أحد معاملات الإرتباط وهو معامل الإقتران تبين أن هناك علاقة بين معرفة الوصفات الشعبية التقليدية وتوفر معلومات صحية، وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا، حيث قدر هذا المعامل بـ -0.06.

جدول رقم (93): يمثل توزيع أفراد العينة حسب ممارسة أحد الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن وتنفيذ تعليمات الطبيب

تنفيذ تعليمات الطبيب / ممارسة وصفات شعبية علاجية	نعم	لا	الموع
نعم	49 % 32.03	104 % 67.97	153 % 100
لا	66 %44.90	81 % 55.10	147 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (94): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يتبعون وصفات شعبية تقليدية لعلاج مرضهم المزمن حسب مصادر الإرث لهذه الوصفات الشعبية.

مصادر الإرث للوصفات الشعبية	التكرار	النسبة %
التقليد من الأجداد	65	42.48
الجيران	06	3.92
المرضى	16	10.46
الناس	50	32.68
ممارس مختص في الأعشاب الطبية	08	5.23
الطبيب	04	2.61
الكتب	02	1.31
التلفزة	02	1.31
الموع	153	100

يبين لنا الجدول رقم (93)، أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثين غير المنفذين لتعليمات وتوصيات الطبيب بنسبة 61.67 % من أصل 300 مريض مبحوث مقابل نسبة 38.33 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب. وقد عززت النسبة الأولى من طرف المرضى الممارسين لوصفات شعبية علاجية بنسبة تقدر بـ 67.97 % مقابل نسبة 32.03 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

أما بالنسبة للمبحوثين غير الممارسين للوصفات الشعبية، فنجد من بينهم: نسبة تقدر بـ 55.10 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 44.90 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب. وفي هذا الصدد نجد أن أغلبية المبحوثين الذين لجئوا إلى إستخدام وممارسة الوصفات الشعبية كان عن طريق التقليد من الأجداد.

وأثناء إجرائنا للبحث الميداني لاحظنا أن كبار السن أكثر حديثا عن وصفات شعبية لعلاج مرضهم المزمن داء السكري، الضغط الدموي والقلب. فالمريضة تعطي وصفة علاجية شعبية لمريضة أخرى كالتي تقول لمريضة مثلها عرفتها في المستشفى "أحكمي الكليل وغليه وأشربي كاس في الصباح وكاس في الليل تحسي روحك مليحة ويحبطلك السكر خير من تديري الأنسولين". ومريضة أخرى تقول "أجدادنا باش كانو يداووا ما يعرفو ني طبيب ني والوا يداوا بالأعشاب برك". وأخرى تحكي حكايتها، حيث تقول "أقعدت في المستشفى 20 يوم ودخلت الكومة وبفضل مريضة أخرى كونت لي خليط من لعشاب الطبية تناولتها فبدات حالتي تتحسن فإندهش الطبيب وقال لي أعطينا الوصفة". وهذه إعترافات المرضى عن فعالية الطب الشعبي التقليدي محاولين بذلك إنتاج ثقافة شعبية تقليدية حول الأعشاب الطبية.

إنطلاقا من هذه القراءة الإحصائية للجداول السابقة، فإن التفسير الذي يمكن تقديمه فيما يتعلق بممارسة أحد الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن وعدم تنفيذ تعليمات الطبيب هو أن المرضى المصابين بمرض مزمن في بداية مرضهم يستشيرون الأطباء نتيجة وصول صحتهم إلى حد خطير وتستمر هذه المتابعة زمنا معتبرا تتبعها رغبة وإرادة من طرفهم وأسرتم في التعاون مع الطبيب وتنفيذ تعليماته. ومع إستمرارية المرض شهورا عديدة تبدأ تقل رغبتهم وينتابم الكره والروتين اليومي للأطباء، الأدوية والتحاليل الطبية...الخ. ومع معايشتهم المرض وغزو بعض الأفكار، التصورات والإعتقادات على تفكيرهم وإستشارة مرضى أمثالهم يبحثون عن بدائل علاجية أخرى. وقد يكون البديل الفعال حسب إعتقادهم وإيمانم هو الطب الشعبي والوصفات الشعبية التقليدية. ونتيجة لذلك، يجربون هذه الطرق وقد يجدون راحتهم النفسية في ذلك، لأنم يؤمنون ويعتقدون بأن هذا العلاج نافع ولا يضرهم، لأن أجدادهم قد مارسوه. ويزيد إيمانم بذا العلاج إذا سمعوا حقا أن مريضا آخر مثلهم مارس هذه الوصفات وقد تحسنت حالته المرضية خاصة في الأمراض المزمنة. ففي هذا الصدد صادفنا عدة حالات في قاعة الإنتظار يحكين عن فاعلية الطب الشعبي. فتقول مريضة لمريضة أخرى " أشربي الشيح كاس في الصباح وكاس في العشية يحبطلك السكر وتحبسي الدوا". فنشر وإرشاد الناس بالتمسك بالتجريب والعادات الشعبية هي سمة من سمات نشر الثقافة الشعبية في أوساط المرضى. وفي هذا الال فإن مقابلاتنا الميدانية مع المرضى كشفت لنا عن حقائق كنا نجهلها، حيث ما لاحظناه أثناء إجرائنا للبحث الميداني أبرز لنا أن مجموعة من المبحوثين المرضى يحاولون نشر هذه الثقافة. فغالبا ما يقدمون وصفات شعبية لمرضى آخرين ويشرحون لهم كيفية الإعداد. فالتنشئة الثقافية الصحية للمرضى تؤثر تأثيرا سلبيا في نشر الثقافة الصحية لدى المريض وترجمتها إلى ممارسات صحية مستحبة من السلوك في نظام الحياة. وكما هو معروف فإن الحياة الجديدة للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب تفرض عليهم إحداث تغيرات جذرية في نظام حياتم بتغيير بعض عاداتم وتقاليدهم غير الصحية وغير المناسبة لصحتهم وإحداث نوع من التغيرات في نمط معيشتهم من حيث الأكل، العمل وحتى في الجانب النفسي.

وفي هذا الال يمكن التنبؤ بظهور واسع لهذا العلاج الذي سوف ينافس الطب الحديث الذي تقل فعاليته إذا حدث ذلك. وهذا يدل على رفض المرضى النسق الطبي بسبب التصرفات غير العقلانية التي يقوم با العاملين في هذا النسق. ونتيجة لذلك يتبع المرضى الطب الشعبي والوصفات التقليدية. وهذه الممارسات الأخيرة تعيق من فعالية التثقيف الصحي

ونشره، وحتى الوعي الصحي في المجتمع الجزائري. وكما هو معروف المريض يجرب أي شيء يقال له بأنه نافع لصحته دون معرفة الأضرار الناتجة عن هذا التصرف. إذ تكون له رغبة أكيدة وهو راض كل الرضا على التمسك بذه العادات.

ويمكن القول أن هذه التصرفات أسبابا ثقافية، كما أن لها أسباب إجتماعية وإقتصادية، فالأسرة تعمل على نقل تراثها الثقافي وتنشئة مريضها من خلال ممارستها في الوسط الأسري لوصفات شعبية تقليدية، وهذا ما صادفناه في دراستنا الميدانية. إذ أن أسر أغلبية المبحوثين يستخدمون طرق بدائية لعلاج المرض ورعاية مريضهم، وقد صرح لنا بعض المرضى بأن التوارث عن طريق الأجداد والآباء هو سبب إستعمال هذه الوصفات الطبية كقول هذه المريضة "أورثنا هذو لعشاب من جدادنا". فالتقاليد هي في الحقيقة "مجموعة من القيم الثقافية المتوارثة التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتقد فيه الآباء والأجداد وهي قوى تعوق كل ما هو جديد، وهي أيضا ممارسات إجتماعية مكتسبة من جيل إلى جيل ولها قيمتها عند كل أفراد المجتمع وتلعب دورا مميزا في عمليات الضبط والربط الإجتماعي لأنا تشبه القوانين. فهي مطبوعة ومغروسة في عقول الناس ووجدانهم".[1]

وقد نجد أن العامل الإقتصادي له دور فعال في اللجوء إلى هذا العلاج وعدم التعاون مع الطبيب في تنفيذ نصائحه وتوصياته، فإنخفاض المستوى المعيشي للفرد الجزائري عامة والمريض المصاب بمرض مزمن خاصة يحدد له نوعية الممارسات المتبعة، حيث أن الناس يستجيبون للمرض ويحرفونه بطريقة مختلفة تعكس تأثير خلفيتهم الثقافية، مستواهم التعليمي، جنسهم وسنهم، لأن المدى الإجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي. فتأثير الإطار الثقافي على الثقافة الصحية له أهمية بارزة في إقناع الناس في ثقافتهم التقليدية وتغيير بعض الممارسات الصحية وحتى في تغيير أفكارهم ومعتقداتم التي غالبا ما تكون إعتقادات خاطئة تتنافى مع القواعد الصحية والأمور الوقائية، حيث أن التقاليد الموروثة وإنتشار العادات غير الصحية في المجتمع وبين أوساط المرضى المزمنين مؤشرا دالا على إنعدام وضعف الثقافة الصحية، على فشل المريض في التعاون مع الطبيب وبناء علاقة إجتماعية طبيب-مريض علاقة المشاركة المتبادلة. وفي هذا الصدد أوضح علي المكاوي في مؤلفه الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية بأن الثقافة هي "مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان من خلال التوجيهات السلوكية التي تتضمنها، فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الإجتماعية وعادات النظافة والتربية (...) وغيرها من العناصر التي تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض". [2]

ويعتبر "اللجوء إلى الطب الشعبي في العديد من الأحوال منها ملجأ إبتدائيا للتهدئة حتى يتم التصرف النهائي للمرض أو ملاذا بالنسبة لبعض الأمراض المزمنة أو المستعصية كالسرطان مثلا، أو للأمراض التي لم يجدي تشخيصها. وفي هذه الحالات يصبح المريض يدور في حلقة مفرغة بين الطب الرسمي والشعبي طارقا كافة الأبواب".[3]

(1) نفس المرجع، ص 150.

(2) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ص 296-297.

(3) أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، ليلى أبو حسين، مرجع سابق، ص 160.

وكخلاصة لما قيل آنفا، فإن لجوء المرضى لأساليب الطب الشعبي والوصفات التقليدية في حالة الأمراض المزمنة سببه قلق وتور المرضى على صحتهم والحرص على الإستشفاء السريع لحالتهم المرضية.

لقد تبين جليا أن هناك علاقة بين تنفيذ المريض لتعليمات الطبيب وممارسته للـ [illegible] على ذلك هو حساب معامل الإرتباط وهو معامل الإقتران الذي قدر بـ -0.26، ويعني ذلك أن هناك علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين السابقين.

جدول رقم (95): يمثل توزيع أفراد العينة حسب إستخدام أساليب بدائية في مجال الرعاية الصحية في الوسط الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / إستخدام أساليب بدائية	نعم	لا	الموع
نعم	75 % 33.04	152 % 66.96	227 % 100
لا	21 % 60	14 % 40	35 % 100
أحيانا	19 % 50	19 % 50	38 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (96): يمثل توزيع أفراد العينة حسب معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية وتوفر معلومات صحية.

توفر معلومات صحية / مدى معالجة المرض بالطرق غير الطبية	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
نعم	22 % 12.94	18 % 10.59	40 % 23.53	130 % 76.47	170 % 100
لا	39 % 30	24 % 18.46	63 % 48.46	67 % 51.54	130 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

جدول رقم (97): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يعالجون المرض المزمن بالطرق غير الطبية حسب نوعيتها.

طرق المعالجة	التكرار	النسبة %
الإستشفاء بالأولياء	01	0.59
الأعشاب الطبية وصفات منزلية	149	87.65
الحجامة والرقية	20	1.76
الموع	170	100

يتجلى لنا من خـلال معطيات الجـدول رقم (95)، أن أكبر نسبة تتمثل في فئة المبحوثين الذيـن لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 61.67 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 38.33% ينفذون تعليمات الطبيب.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو إستخدام أساليب بدائية في مجال الرعاية الصحية للمريض على المتغير التابع وهو تنفيذ تعليمات الطبيب، إتضح لنا أن أكبر نسبة مدعمة من طرف المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب هي فئة المبحوثين المستخدمين لأساليب بدائية في رعاية المريض. إذ تقدر بـ 66.96 % مقابل نسبة 33.04 % بالنسبة للمبحوثين المنفذين لنصائح وتعليمات الطبيب.

أما بالنسبة لفئة المبحوثين المعتمدين أحيانا في وسطهم الأسري على الأساليب البدائية العلاجية في رعاية المريض صحيا، فنجد من بينهم نسبة 50 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 50 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

وآخر صنف في هذا الال هو فئة المبحوثين غير المعتمدين كليا على الأساليب البدائية لرعاية مريضهم، وذلك بنسبة 40 % بالنسبة للمبحوثين غير المنفذين لنصائـح الطبيب مقابل نسبة 60 % من المبحوثين المنفذين لنصائح الطبيب.

وإذا إتجهنا إلى الجدول رقم (96)، فإن إتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الأقل معرفة صحية بنسبة تقدر بـ 65.67 % من المبحوثين. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المبحوثين الأكثر معالجة لمرضهم المزمن بالطرق غير الطبية، وذلك بنسبة تقدر بـ 76.47 % مقارنة بنسبة 23.53 % من المبحوثين المعالجين لمرضهم المزمن بالطرق غير الطبية وهم الأكثر معرفة وتوفر للمعلومات الصحية. ونجد نسبة 12.94% من المبحوثين من لديهم معلومات صحية قليلة ويعالجون مرضهم المزمن بذه الطرق مقابل نسبة 10.59 % من المبحوثين لديهم معلومات ثرية حول المرض ويعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية نجد من بينهم نسبة تقدر بـ 51.54 % من المبحوثين لا توجد لديهم معلومات صحيـة حول مرضهم المزمن مقابل نسبة تقـدر بـ 48.46 % من المبحوثين لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية ولديهم معرفة حول المرض المزمن، حيث نجد في هذا الصدد نسبة 30 % في صنف معلومات قليلة حول المرض مقابل نسبة 18.46% من المبحوثين لديهم معلومات ثرية حول مرضهم المزمن ولا يعالجون مرضهم بالطرق غير الطبية.

لقد تمثلت الطرق غير الطبية بالدرجة الأولى في الأعشاب الطبية خاصة الوصفات المنزلية، وذلك بنسبة تقدر بـ 87.65 % من مجموع المبحوثين المعالجين مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

لقد إتضح جليا أنه توجد علاقة بين معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية وتوفر معلومات صحية، وهذا بحساب معامل الإقتران الذي حدد بـ -0.05. ويعني ذلك أن العلاقة بين المتغيرين السابقين هي علاقة عكسية ضعيفة جدا.

نستنتج من معطيات الجدول السابق رقم (95)، أنه توجد علاقة بين إستخدام الطرق البدائية في علاج ورعاية المريض في الوسط الأسري وفي تتبع نصائح الطبيب، حيث أنه أغلبية المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم الأكثر إستخداما في وسطهم الأسري لأساليب بدائية لعلاج المرض. ويرجع ذلك إلى الظروف المعيشية وإنخفاض دخل الفرد

هذا من جهة. ومن جهة أخرى تحرص الأسر الجزائرية على التمسك بعادات وتقاليد الأجداد، فكل ما كان يمارسه الآباء والأجداد هو عادات يفترض على الشخص تقليدها والتمسك بها بالرغم من التطور والإكتشافات الطبية التي عرفتها ولا تزال تعرفها الدول بما فيها الجزائر. وأيضا بالرغم من التغير الحضاري، الثقافي، الإجتماعي والإقتصادي. إذ أن المريض يلجأ إلى هذه العادات مثل مشروب التيزانا في حالة مرضه بنزلة برد، سواء كان ذلك بطريقة شعورية أو غير شعورية، ويعني هذا إعادة إنتاج هذا التراث الثقافي الهائل في مجال الطب التقليدي، والذي إنعكس سلبا على الخدمات الطبية التي يقدمها الطب الرسمي.

وإذا ما تطرقنا إلى مدى معالجة المريض لمرضه المزمن بالطرق غير الطبية وتأثير ذلك على توفر معلومات صحية حول المرض المزمن، نجد أن إستخدام الطرق غير الطبية لعلاج المرض المزمن تمنع المريض من تمتعه بمعلومات صحية، لأن هذه الطرق تتنافى تماما مع تعاليم الطب الحديث. وإذا كان الطبيب يقوم بتزويد المريض بالمعلومات الصحية، فإن إستخدامه للطرق غير الطبية وإعتناقه لأفكار ومعتقدات خاطئة تؤدي إلى عدم تحقيق هدف التثقيف الصحي، لأن الإنسان إذا لم يقتنع بفكرة، حيث أن الأفكار القادمة له لا تخدم مصلحته ولا تتناسب مع ظروفه، فإنه لا يتقبلها ولا يغير من إتجاهاته. وهنا تظهر إشكالية المعوقات الوظيفية للنسق الطبي وأهم هذه المعوقات التي تتمثل في معوقات التكيف المتمثلة في عدم توفر الوعي الصحي للمريض، معوقات إنجاز الهدف المتمثلة في قلة الإمكانيات. وأيضا معوقات الإستقرار والثبات، والتي تنص على عدم تعاون المريض مع الطبيب في تنفيذ نصائح الطبيب.

- إستنتاج الفرضية الرابعة:

على ضوء النتائج المتحصل عليها والمستخلصة من الإرتباطات المسدة من خلال المتغيرات في شكل الجداول الإحصائية، والتي تدف إلى الكشف عن ما إذا كانت للمكونات الثقافية الشعبية المرتبطة بالصحة تأثير على الثقافة الصحية للمريض المصاب بمرض مزمن، وذلك من خلال الممارسات والأفكار التي يعتنقها، فقد توصلنا إلى سلسلة من النتائج نبرز أهمها كما يلي: لقد تبين لنا أن العادات السيئة منها الغذائية لها تأثير على إكتساب الثقافة الصحية، حيث أن وجود مثل هذه العادات كعادة أكل المأكولات الممنوعة تؤدي بالمريض إلى عدم تغييره لنمط حياته. إذ أن الأفراد الذين لهم عادات غذائية سيئة هم الأكثر عدم تغييرا لنمط حياتم، حيث أن الطبيب يفرض عليهم الإمتناع عن بعض الممارسات والسلوكات غير الصحية وهذا للتكيف مع الحالة الصحية الجديدة. وهذا ما لم نسجله عند أفراد عينة بحثنا. وفي هذا السياق، أسباب وجود عادات غذائية سيئة منبعها الشهية والنفس وأيضا التنشئة الثقافية لهؤلاء المرضى. أما العادة الأخرى التي يتمسك با المبحوثين والتي سجلناها هي عادة اللجوء إلى الصيدلي دون أي وصفة طبية، وهذا أدى بالمرضى إلى التأخر في إستشارة الأطباء، حيث أن أغلبية المرضى تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بين 5 إلى 15 يوم، وهي مدة طويلة. وقد عززت هذه النسبة من طرف فئة الأشخاص الذين يلجئون إلى الصيدلي لشراء الدواء دون أية وصفة طبية. هذا فيما يخص العادات المرتبطة بالصحة وتأثيرها على الوعي الصحي للمريض.

أما بالنسبة لتأثير المكون الثقافي الذي هو المفهوم الشعبي للمرض المزمن وعلاقته بالثقافة الصحية، فقد أوضحت لنا نتائج الدراسة أن للمرضى مفاهيم خاصة، وحتى أن لهم طرق للشكوى في حالة التعرض للألم. إذ إرتبط ذلك بالمدة التي تفصل بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب. ولقد تبين أن المبحوثين الأكثر كتمانا وصبرا على المرض أي الرزانة في الشكوى هم الأكثر تماطلا في طلب الرعاية الصحية. كما أن الصورة الإجتماعية للمرض المزمن التي أعطيت من طرف المرضى أثرت على عملية تنفيذ النصائح الطبية، حيث إتضح جليا أن المبحوثين غير المنفذين للإرشادات الطبية هم الأشخاص الذين قدموا صورة العذاب والعقاب لمرضهم المزمن وحتى أنه يشكل لهم الموت المستمر. لهذا فإن التفكير بذه الصورة يجعل الفرد يهمل النصائح الطبية. وفي هذا المال لقد تبين لنا أن المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب قد يلجئون إلى الأطباء في حالة خطورة الأعراض المرضية فقط. وهذا ما يقودنا إلى الحديث عن الدوافع الحقيقية التي تجعلهم يلتمسون الخدمة الصحية ومدى تأثير هذه الأفكار على تنفيذهم لنصائح أطبائهم. فالأغلبية كما سبق ذكره لا يتبعون تعليمات طبية، ومن بينهم تمثلت دوافعهم الحقيقية في اليأس من الشفاء. وهذه الفكرة تراود المرضى، حيث يتبعون عدة بدائل علاجية لعلهم يجدون في ذلك منفذا لحالتهم المرضية، مع الفشل المحقق في ذلك، يستشيرون الأطباء. فهذه المعتقدات الخاطئة تؤثر على ثقافتهم الصحية. وحتى أن الحكم والأمثال الشعبية لها دورها في عرقلة نشر التربية الصحية وإكتساب المعرفة الصحية بين أوساط المرضى، حيث وجدنا أغلبية من المبحوثين يلجئون إلى العلاج التقليدي في حالة تعرضهم للمشاكل الصحية. فهذا العامل تأثر بالمثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب". فالأغلبية التي تلجأ إلى هذا

العلاج هم من المؤيدين لهذا المثل، وهو مثل شائع في أوساط المرضى في المجتمع الجزائري.كما تبين لنا أن تغيير نمط الحياة بالنسبة للمرضى، من نمط صحي إلى نمط غير صحي إرتبط بمعرفة الأمثال الشعبية. إذ أن المبحوثين الذين لم يغيروا من نمط حياتم هم المعتنقين لأمثال شعبية أغلبها أمثال تحث عن الندم والتفريط في الصحة. كما أن لنوعية الأمثال الشعبية علاقة مع نوعية الممارسات الصحية، حيث أن المبحوثين الذين يلجئون إلى العلاج التقليدي هم بنسب مرتفعة في صنف معرفة أمثال شعبية، كان محتواها ينصب حول الندم والتفريط في الصحة.

وقد إتضح لنا جليا أنه توجد علاقة بين ممارسة الأعشاب الطبية وعلاقتها بالثقافة الصحية، حيث أن هناك إعادة لإنتاج لمثل هذه الثقافة التقليدية. فإن لم نقل معظم المرضى متمسكين بذه الثقافة بإعتبارها بدائل علاجية لا تكلف كثيرا. ولهذا فإن الإيمان بفعالية الطب الشعبي له علاقة بتنفيذ إرشادات الطبيب المعالج. إذ أن مجموعة كبيرة من المرضى لها إيمان قوي بفعالية الطب الشعبي، حيث يرجعون أسباب ذلك إلى النتائج المضمونة في إستخدام هذا النوع من العلاج.

وقد إرتبط شراء الأعشاب الطبية بتوفر معلومات صحية. فالمرضى الذين ليست لديهم معرفة صحية هم الأكثر شراءا لهذا النوع من الأعشاب، عسى في ذلك أن يستعملونا عند الضرورة. فتجريب هذه الأعشاب بالنسبة لهم لها فائدة في علاج المرض المزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب.

إن دراستنا هذه كشفت لنا عن حقائق جد مهمة في إطار المكونات الثقافية المرتبطة بالصحة وعلاقتها بالثقافة الصحية للمريض، حيث أوضحت لنا النتائج أن نسبة كبيرة من المرضى لا يملكون معلومات صحية حول مرضهم المزمن. والأغلبية من هؤلاء يعرفون وصفات شعبية تقليدية تتمثل أساسا في الوصفات البسيطة. فهذا الإرث الثقافي أثر على الثقافة الصحية للمرضى مما إنعكس على ممارساتم ووعيهم الصحي. إذ لا ينفذون نصائح الطبيب حرفيا، فهم يستخدمون بنسب كبيرة الوصفات الشعبية العلاجية. والتي تبناها المرضى من التقليد من الأجداد. وإستنادا على ذلك، فإن إستعمال الأساليب البدائية أكثر إنتشارا بين أفراد مجتمع بحثنا، حيث تبين أن هناك علاقة بين إستخدام هذه الأساليب البدائية وتنفيذ نصائح الطبيب. فالأغلبية الساحقة من المرضى لا ينفذون إرشادات الطبيب ويستخدمون أساليب بدائية في علاج المشاكل الصحية. فعوض اللجوء إلى الطبيب يستخدمون هذه البدائل العلاجية وهذا السلوك يعود إلى عدة أسباب منها الوضع المادي للمريض مثلا. وعليه فقد سجلنا نسبة كبيرة من المرضى يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية وهذا راجع إلى نقص وعيهم الصحي، فهم لا يملكون معرفة صحية حول مرضهم المزمن.

وإستنادا على ما ذكر سالفا، فإن فرضية بحثنا المتعلقة بـ " المكونات الثقافية الشعبية وعرقلتها للثقافة الصحية للمريض"، قد تحققت في نواحي عديدة، منها ما يتعلق بالعادات السيئة وتأثيرها على إكتساب الثقافة الصحية، وكذلك المفهوم الشعبي للمرض المزمن وعلاقته بذه الثقافة. وأخيرا الممارسات الشعبية العلاجية منها الأعشاب الطبية وإنعكاساتا على تغيير نمط الحياة.

الفصل العاشـــر
الإلتزامات الأسرية إتجاه المريض وتأثيـــــرها على ثقافتـــه الصحيـــــة .

- تمهيد

المطلب الأول: دور الأسرة في التكفل المعرفي بالمريض وزيادة ثقافته الصحية.

المطلب الثاني: التكفل المعنوي بالمريض وتأثيره على ممارساته الصحية.

المطلب الثالث:التكفل المادي وعلاقته بقدرة المريض على تغيير نمط حياته.

- إستنتاج الفرضية الخامسة.

تمهيد:

إن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع، تتميز في صورتا الطبيعية بالإنسجام والتماسك في العلاقات بين أعضائها، وهي التنظيم الإجتماعي الذي يتوقف عليه نمو المتمع وتقدمه على أساس تماسكه وقدرته على أداء الوظائف المسندة إليه بكل كفاءة وفعالية ومدى تشبت أفراده بتقاليد المتمع وعاداته.

وبإعتبار الأسرة جماعة إنسانية فإنا هي البيئة الأولى التي يتلقى ويتلقن فيها الشخص المبادئ والأسس الأساسية للتربية والنضج الإجتماعي بصفة عامة ومبادئ الصحة بصفة خاصة. وعليه فإن مدخل دراسة الأسرة كنسق من الأدوار التي لها أهمية بارزة في دراسة العلاقة والصلة المتينة بين الأسرة والمرض، ويتجلى هذا من خلال دراسة سلوك أفراد الأسرة ورد فعلهم إتجاه المرض المزمن والمريض الذي يواجه مشكلة صحية مهما كان نوعها. بمعنى آخر أن الأسرة هي المحيط والوسط الذي من خلاله وقع الفرد مريضا طالبا العلاج والمساعدة الطبية، بحيث يحاول التكيف مع هذه الحياة الجديدة مع مرضه داخل بيئة ألا وهي البيئة الأسرية التي لها دور في علاج المرض المزمن وتسييره. فهي تعتبر جماعة أولية جماعة تلقن مريضها المعايير، القيم والعادات الصحية وتشكيل المواقف والإتجاهات الصحية.

إنطلاقا مما سبق ذكره، فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما هي الإلتزامات الأسرية وما هو الدور الذي تقوم به الأسرة لتنمية الوعي الصحي لمريضها المزمن والتأثير في إتجاهاته ومواقفه الصحية؟ هل سوف يتضامن أفراد الأسرة مع المريض؟ وهل الأسرة تساند المريض وتقدم له العلاج اللازم لمواجهة المرض المزمن؟ .وهذا ما سوف نحاول الإجابة عليه في هذا الفصل، حيث نحاول من خلال هذه الفرضية التأكد من مدى تقيد عائلة المريض بالإلتزامات الأسرية إتجاه مريضها. ويعتبر إلتزام الأسرة نحو مريضها حق من الحقوق التي أبرزها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دور المريض، حيث أن هذه الواجبات المفروضة على الأسرة إتجاه المريض تساعد كثيرا في إكتسابه ثقافة صحية مبنية على المعلومات الصحية، القدرة على الرغبة في الشفاء، وأخيرا القدرة على تغيير نمط الحياة، ويعني ذلك تشكيل المريض إتجاهات ومواقف صحية. وعليه فقد إعتمدنا في تحليلنا لهذه الفرضية على الأبعاد الثلاثة لشبكة الدعم الإجتماعي، وهي التكفل المعرفي بالمريض، التكفل البسيكو إجتماعي (نفسي) للمريض وأخيرا التكفل المادي بالمريض. ويعتبر التكفل بما يتضمنه من شبكة الدعم الإجتماعي، الدعم المعرفي، الدعم النفسي والدعم المادي أهم العوامل التي تساعد المريض على إكتسابه الثقافة الصحية وتعاونه مع الطبيب لإحداث نوع من الإستقرار والثبات في النسق الطبي.

من خلال هذه الفرضية نتطرق إلى شبكة الدعم الإجتماعي في الوسط الأسري والممارسات الصحية وتأثيرها على الثقافة الصحية للمريض، حيث أن شبكة الدعم الإجتماعي تتضمن كل العلاقات المحيطة بالشخص المريض التي تمكنه من حصوله على مساعدات متنوعة لمواجهة المرض. وقد تكون هذه المساعدات في بعدها المعرفي، العاطفي، النفسي والمادي.

المطلب الأول: دور الأسرة في التكفل المعرفي بالمريض وزيادة ثقافته الصحية:

نحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى كل من الإرشادات والنصائح المقدمة في الوسط الأسري ودورها في توفر المعلومات الصحية وأيضا التحدث عن المرض والتمتع بمعلومات صحية. وأخيرا الخبرة والتجربة وتأثيرها في توفر المعلومات الصحية.

جدول رقم (98): يبين توزيع أفراد العينة حسب مدى تلقي المرضى نصائح وإرشادات من أفراد العائلة وعلاقته بالتمتع بمعلومات صحية حول المرض.

توفر معلومات صحية / تلقي نصائح	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
نعم	46 % 20.36	35 % 15.49	81 % 35.84	145 % 64.16	226 % 100
لا	08 % 14.82	05 % 9.26	13 % 24.08	41 % 75.92	54 % 100
أحيانا	07 % 35	02 % 10	09 % 45	11 % 55	20 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

جدول رقم (99): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تقديم لهم معلومات صحية في وسطهم الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / تقديم معلومات صحية في الوسط الأسري	نعم	لا	الموع
نعم	59 % 47.20	66 % 52.80	125 % 100
لا	56 % 32	119 % 68	175 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

إن الأسرة هي الخلية الأساسية للمجتمع التي يتلقى فيها الحنان، الحب والإحترام ويتعلم فيها المبادئ الأساسية للحياة، تنشئته إجتماعيا، ثقافيا وصحيا، وتستمر هذه التنشئة حتى إلى آخر عمر، وبما أن المريض إنسان، فإنه يتأثر بوسطه الأسري. وعليه حاولنا من خلال الجدول رقم (98) معرفة مدى وجود علاقة بين تلقي المريض للنصائح في وسطه الأسري وتوفر المعلومات الصحية لديه، حيث تبين لنا من خلال معطيات الجدول أن أغلبية المبحوثين لا تتوفر لديهم معرفة حول المرض المزمن، وذلك بنسبة تقدر بـ 65.67 % من أصل 300 مريض مبحوث.

إن فئة المبحوثين الذين لم يتلقوا نصائح في وسطهم الأسري، هم أقل معرفة صحية حول مرضهم بنسبة 75.92 % مقابل نسبة 24.08 % يمتلكون معلومات صحية حول مرضهم المزمن.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين تلقوا نصائح في وسطهم الأسري وتوجيهات نجد من بينهم 64.16 % لا تتوفر لديهم معرفة حول مرضهم المزمن مقابل نسبة 35.84 % من المبحوثين تتوفر لديهم معرفة صحية حول مرضهم المزمن.

وإستنادا على الجدول نجد أن المبحوثين الذين يتلقون نصائح وإرشادات في وسطهم الأسري هم يمثلون نسبة 55% لا يمتلكون معرفة حول مرضهم المزمن مقابل نسبة 45 % يمتلكون معرفة صحية حول مرضهم المزمن.

إن الفرد الجزائري غالبا ما ينزعج عند تقديم له النصح خاصة إذا كان هذا النصح من طرف شخص أقل منه سنا، فيلجأ المريض أحيانا وإن لم نقل غالبا إلى الإستماع للنصائح ليس للإسغاء لها وإستغلالها في حياته اليومية، وإنما هو رد فعل يدل على الإستياء. وهذا ما صرح به المرضى، إذ تقول واحدة منهم "لا كان بطريقة حنينة نتقبل النصح ولا كان النصح بالتخشان نصمم على واش نحب ندير". وتضيف أخرى فتقول: "هكذاك عدم السماع ندير رايي ساعة على ساعة مرات نستهزى". ويبدوا أن بعض المرضى يتعمدون الأخطار بالرغم من معرفتهم بذلك، كهذا المريض الذي يصرح "أوقات نسمع وأوقات لا لا، أنا ندير رايي كي نصيب روحي مليحنعرف". فالمريض غالبا ما يسكت عندما يقدم له النصح، وفي مقابل سكوته ينفذ كل ما يخطر بباله دون مبالاة لأي شخص آخر، سواء سرا أو علانية. وفي هذا الصدد نجد أن أغلبية المرضى حسب تصريحاتم يستمعون للنصائح المقدمة إليهم والبعض الآخر ينزعجون ويعانون أكثر من القلق وعدم التقبل. إذ تقول مريضة "عندما يزقوا ولادي عليا نقولهم ناكل هذي الحاجة وعلابالي وين نوصل وآخرتا موت". أما بالنسبة للنوع الآخر فنجدهم يتميزون بالكره وحتى البكاء، إذ تقول مريضة: "ساعات نبكي على الطابلة وينحولي الحاجة من يدي".

وتكملتا للقراءة الإحصائية للجداول، فإننا نستشف من خلال معطيات الجدول رقم (99)، أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 61.67 %، حيث يلاحظ أنه توجد علاقة بين تقديم معلومات صحية في الوسط الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب، إذ أن المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب الذين لم يتلقوا معلومات صحية في وسطهم الأسري مثلوا نسبة 68% مقابل نسبـة 32 % من المبحوثين الذين لم يتلقوا معلومات صحية في وسطهم الأسري وهم منفذين لتعليمات الطبيب.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين قدمت لهم معلومات صحية في وسطهم الأسري مثلوا نسبة 52.80 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 47.20 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدولين السابقين، أنه توجد علاقة بين تمتع المريض بمعلومات صحية وتلقيه نصائح وإرشادات في وسطه الأسري وأيضا تلقيه معلومات في الوسط الأسري وتنفيذه للنصائح

الطبية، حيث أن المبحوثين الأكثر تلقي للنصائح والإرشادات الطبية أكثر توفرا على المعرفة الصحية، عكس المرضى الذين لم يتلقوا نصائح وإرشادات في وسطهم الأسري، وهم الأكثر عدم توفرا على معرفة صحية. ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن أسرة المريض في المجتمع الجزائري، نجدها تتم به من جميع النواحي في بداية مرضه. ويبدأ هذا الإهتمام في التلاشي مع مرور الوقت، خاصة إذا كان المرض هو مرض مزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، وبالتالي تقل الخدمات والعناية المادية والمعنوية المقدمة للفرد بما فيها تنشئته صحيا. وهذا يعود إلى اللامبالاة، عدم إهتمامه بصحته وعدم السماع للنصائح. وفي بعض الحالات إلى المشاكل العويصة التي تتخبط فيها أسرة المريض والتي تؤثر على شبكة العلاقات الإجتماعية. ويتضح ذلك من خلال تصريح المريض الذي يقول "عندي 20 سنة مريض، في بداية الأمر كان الإهتمام بيا بدرجة كبيرة من طرف أفراد أسرتي ولكن مع مرور الوقت وكثرة المشاكل بدأ الإهتمام ينقص". وعليه يمكن القول بأن المريض يجد نفسه وحيدا يصارع المرض، حيث يصبح كل فرد في أسرته يهتم بنفسه فقط، ويجري وراء مصالحه الشخصية ولا يخصص جزء من وقته لتوعية المريض والإهتمام به وتزويده بالمعرفة الصحية. فالأنانية تعطى على أعضاء الأسرة، عكس ما كان في الماضي، وهذا يرجع إلى التغير الإجتماعي في النمط الأسري وإلى الأدوار الإجتماعية لكل أعضاء الأسرة. ونتيجة لذلك فإنا تتخلى عن دورها وواجبها في إرشاد المريض وتقوية ثقافته الصحية، فإنعدام الوعي وكثرة العناد من طرف المريض خاصة إذا كان النصح والإرشاد مقدم له بطريقة إنفعالية وأيضا بطريقة قاسية ومن طرف شخص أصغر منه سنا، يجعله لا يتقبل النصائح والإرشاد، وبالتالي أفراد الأسرة يتخذون موقف معين وهو عدم تقديم النصح والإرشاد له، لأنه ينزعج ويرفض النصيحة من طرف الغير. وتبرز هذه الحقيقة من تصريحات البعض من المرضىكهذا القول "لا كان بشوية نسمع ولا كانوا يعيطوا عليا ما نسمعهمش ندير رايي".

إن الأسرة الجزائرية عامة وأسرة المريض خاصة، لا تقوم بدورها ولا تلتزم بواجباتا إتجاه مريضها، حيث أنا لا تقوم بتنشئته صحيا في حالة المرض المزمن. وإن توفرت هذه الميزة فإنا لا تقدم بطرق مقنعة ومرضية بالنسبة للمريض. فهو يصبح حساس لكل ما يقال له، وحسب تصريحات بعض المرضى كتصريح هذه المريضة "أنا ما نحبش ينصحوني في الدار، وكي ينصحوني في الدار بالزقا والتشناف ما نسمعلهمش وما نديرش واش يقولولي". فطريقة النصح ومكانة الشخص في الأسرة الذي يقدم النصح لها تأثير سلبي على توفر المعلومات الصحية. وما يلاحظ في هذه الحالة أن اللوم يكون من طرف المريض وأيضا من طرف أسرته، حيث أنه في بعض الأحيان يتمسك ببعض الأمور ويتخذ مواقف لا تحفزه على إكتساب المعلومات الصحية. أما بالنسبة لأفراد أسرته فهم لا يحاولون مجاملته وإستعمال سياسة نفسية تضامنية معه والقيام بواجبهم إتجاهه للحفاظ على إستقرار حالته المرضية وأيضا محاولة التأثير في إتجاهاته ومواقفه الصحية، أي ترسيخ في مخيلته بعض القيم والمعلومات الصحية التي تساعده على تسيير مرضه. وبإعتبار أن الأسرة هي أولى النظم الإجتماعية التي وقع فيها الفرد مريضا فمن واجبها مساعدته ماديا ومعنويا، توفير له العطف، الحنان والتنشئة الصحية التي هي عملية

تلقين الشخص القيم والمفاهيم الصحية، بحيث تصبح هذه الممارسات والقيم متعارف عليها جزء من معيشته ويصبح متدربا عليها، تحدد له سلوكه اليومي الذي يتناسب مع حالته الصحية. وقد تستمر مدى الحياة تقوم با الأسرة وحتى مؤسسات أخرى كالمستشفى. ويمكن القول بأن والمرضى يتبنون قوانين السلوك الصحي من خلال مؤسسات التثقيف الصحي وإحترامها والإلتزام با للحفاظ على الصحة الطبيعية، حيث تتشكل المعايير، القيم، الدوافع، الإتجاهات والمواقف الصحية من خلال التنشئة الإجتماعية.

إن الأسرة هي أقوى الجماعات تأثيرا على المريض، حيث أنه يكون في موقف الضعف يحتاج إلى رعاية من جميع الجوانب التي تحفزه على تسيير المرض والتمتع بالصحة الطبيعية وضمان له البقاء. فهي الجماعة الأولية التي تحتضنه إلى جانب النسق الطبي، فهي تكسبه الممارسات الصحية وتحيطه بنوع من الرعاية تشبع رغباته وحاجاته، ويجد فيها المساندة والإعتماد على الغير.

وفي هذا الصدد، إعتبر "تالكوت بارسونز Talcott Parsons " بأن المريض شخص غير مسؤول عن مرضه، لا نطلب منه الشفاء وتقديم كل إرادته ولا يمكن لومه على مرضه، فالمريض لكي يخرج من هذه الحالة غير المرغوب فيها، لا بد أن يتلقى الدعم والمساعدة من طرف أشخاص لهم كل الكفاءة، إما الفاعلين في النسق الطبي أو أفراد أسرته الذين تفرض عليهم واجبات أهمها مساعدة المريض لإخراجه من دائرة الحالة غير المرغوب فيها. وأن الإلتزامات التي تتقيد با الأسرة هي إحدى الضوابط لتسيير المرض المزمن بشكل صحيح، وكما ذكرنا سابقا، فإن النصح والإرشاد في الوسط الأسري مؤشر من مؤشرات تضامن الأسرة مع مريضها ومساعدته على إكتساب ثقافة صحية حول مرضه المزمن، ولكن مع المشاكل والصعوبات التي تواجهها الأسرة الجزائرية في حياتا اليومية يجد المريض نفسه وحيدا، حيث لا تلتزم الأسرة بواجباتا نحوه.

إن الفرد يكتسب الإتجاهات والقيم الصحية في طفولته المبكرة، وذلك من خلال عملية التنشئة الإجتماعية أي التطبيع الإجتماعي الذي يتم في الوحدة الإجتماعية ألا وهي الأسرة، حيث يتلقى فيها العادات الصحية التي يتوسع مداها من خلال حياته المستقبلية، ويتضمن هذا عمليات عديدة تخضع لتأثيرات الخبرة المستمرة في مرحلة الرشد. وفي هذا الصدد، يكتسب الشخص الإتجاهات الصحية من خلال ثلاثة عناصر هي الإتصال المباشر بموضوع الإتجاه، التفاعل مع أشخاص آخرين لديهم نفس الإتجاه، أخيرا خبرات التنشئة الأسرية المبكرة حيث تنشأ القيم وتستمر في الأعماق.[1] من خلال العناصر الثلاثة السابقة التي يستمد منها الفرد الإتجاهات، يمكن القول بأن هذه الأخيرة تنشأ نتيجة التأثير الإجتماعي في الفرد، فهي تكتسب عن طريق التفاعل الإجتماعي في الماضي وتميل إلى الإستمرار، فتتجمع في إطار مناسب بواسطة الإتجاهات الحالية للفرد. بمعنى أنا تنشأ نتيجة التعلم، فهي تجمع خبرات الفرد السابقة. وقد يؤدي التعلم بدوره إلى إعادة تشكيل تلك الحالات. أي أنا تنشأ نتيجة لعملية تعلم وفي نفس الوقت تيأ لتعلم آخر. وبعبارة أخرى، فإن الفرد يتعلم الإتجاهات

(1) المليجي حلمي، علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط8، 2000، ص 154.

والقيم من خلال إعادة تكوين المال السيكولوجي. وهذه العملية ديناميكية طالما أن الإتجاهات والقيم معرضة للتغير خلال إكتساب معلومات جديدة، وهكذا تصير الإتجاهات والقيم ذات تأثير موجه لتصرفات الفرد ونشاطاته المستقبلية وحتى في تشكيل مواقفه.[1]

وبإستخدامنا لمعامل الإرتباط وبالضبط معامل الإقتران الذي قدر بـ 0.31 تبين أن هناك علاقة موجودة بين تقديم معلومات صحية في الوسط الأسري وتنفيذ نصائح الطبيب، وهي علاقة طردية موجبة ضعيفة.

جدول رقم (100): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تفضيل التحدث عن المرض في الوسط الأسري وعلاقته بالتمتع بمعلومات صحية حول المرض.

توفر معلومات صحية / تفضيل التحدث	نعم		الموع الجزئي	لا	الموع
	معلومات قليلة	معلومات ثرية			
نعم	25 % 20.50	13 % 10.65	38 % 31.15	84 % 68.85	122 % 100
لا	36 % 20.22	29 %16.29	65 % 36.51	113 %63.49	178 % 100
الموع	61 % 20.33	42 % 14	103 % 34.33	197 % 65.67	300 % 100

وكما ذكرنا سالفا، فإن التحدث ومشاركة الآخرين حول الأمور الصحية في الوسط العائلي يزيد من معرفة المريض صحيا، ويقوي ثقافته الصحية التي تعتبر المحرك الرئيسي للسلوكات. وعليه فإن الجدول رقم (100) يحاول التركيز على مدى تفضيل التحدث عن المرض وتأثيره على توفر معلومات صحية حول المرض المزمن، حيث أبرزت معطيات الجدول أن نسبة 65.67 % من المرضى لا تتوفر لديهم معلومات صحية، وأن هذه النسبـة معززة من طرف المبحوثين الذين يفضلون التحـدث عن مرضهم بنسبة 68.85% مقابل نسبة 31.15 % يملكون معلومات صحية حول مرضهم.

أما إذا تكلمنا عن المبحوثين الذين لا يفضلون التحدث عن مرضهم، فنجد من بينهم نسبة 63.49 % لا تتوفر لديهم معلومات صحية حول مرضهم، مقابل نسبة 36.51% يملكون معلومات صحية حول مرضهم المزمن.

لقد إتضحت جليا العلاقة الموجودة بين تفضيل التحدث عن المرض في الوسط الأسري وتوفر معلومات صحية لدى المريض، حيث أن أغلبية المبحوثين الذي يفضلون التحدث عن مرضهم المزمن لا تتوفر لديهم معلومات صحية عكس المرضى الذين لا يفضلون التحدث عن مرضهم المزمن وتتوفر لديهم معلومات صحية، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الأسرة لا تزود مريضها بمعلومات صحية، فالمريض يحاول خلق جو لكسب ثقافة صحية من وسطه الأسري لعله يستهلك بعض المعلومات والمعارف التي تساعده على تسيير مرضه المزمن، فإذا

(1) نفس المرجع، ص ص 154-155.

كانت الأسرة تفتقر لمعلومات صحية نتيجة قلة معرفتها حول هذا المرض المزمن، فإن واجبها في هذه الحالة لن يتحقق، فمثلا الجهل والأمية هما عاملان مؤثران على نشر التثقيف الصحي. ويتضح ذلك من أقوال المبحوثين مثل هذا المبحوث الذي يقول: "ندرلهم في الدار على مرضي ونشرحلهم باش يزيدو يعرفو كثر على المرض هذا".

إن تفضيل التحدث مع أفراد العائلة حول المرض المزمن يمكن إعتباره سبب من أسباب كسب معرفة صحية حول المرض المزمن، ولكن النتيجة التي تحصلنا عليها هي أن المبحوثين الذين يفضلون التحدث مع أفراد عائلتهم عن مرضهم المزمن هم الأقل توفرا للمعلومات الصحية، وهذا يعود إلى شخصية المبحوث الذي يحاول أن يخلق حوار في هذا المال لكسب ثقافة حول مرضه المزمن، فنتيجة عدم توفر معلومات صحية يلجأ المبحوث للتكلم عن مرضه المزمن في الوسط الأسري. وبإعتبار أن الأسرة تخاف عن مريضها فإنا تتحاشى التكلم عن المرض ضنا منها أنا تسبب له إضطراب نفسي ينعكس سلبا على صحته، دون أن تراعي أهمية هذه العملية في التوعية الصحية، حيث أن التكلم عن المرض المزمن سيخلق ثراء معرفي للمريض حول الصحة.

فالأسرة في المتمع الجزائري تعتبر الأمراض طابوهات لا يمكن التكلم عنها في وسطه، ونتيجة لذلك فإننا لم نصل إلى ثقافة الحوار، تبادل الحديث وتجديد المعارف الصحية في وسطنا الأسري. وإذا تحدثنا عن الأمراض في البيئة الأسرية مع أفراد العائلة، فإننا نقدم النصائح ونلقي اللوم على المريض خاصة إذا لم يتقيد بنصائح وتوصيات الطبيب. فنظرا لقلة معرفتنا الصحية نبقى متجاهلين الأمراض في وسطنا الأسري ومتحاشين الحديث عن هذه الأمور غالبا.

وبحساب معامل الإرتباط، معامل الإقتران إتضح لنا أن هناك علاقة بين تفضيل التحدث عن المرض في الأسرة وتوفر معلومات صحية، وهي علاقة عكسية درجة إرتباطها ضعيفة جدا، حيث قدر معامـل الإقتران بـ -0.11.

المطلب الثاني: التكفل المعنوي بالمريض وتأثيره على ممارساته الصحية:

نحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى الإلتزامات الأسرية نحو مريضها وما مدى تأثيرها على رغبة المريض في البحث عن الشفاء لحالته المرضية والتعاون مع الطبيب، وفي هذا الصدد فإن من أهم حقوق المريض هو أن يتلقى الدعم من هيئات أو مؤسسات مختصة بما فيها الأسرة، لأنه غير قادر على تحقيق الشفاء لوحده كما أن مرضه غير مسؤول عن مرضه. ولمعرفة ما مدى إلتزام الأسرة بدورها سوف نقوم ببناء سلسلة من الجداول الإحصائية تبرز ذلك.

جدول رقم (101): يبين توزيع أفراد العينة حسب التضامن في الوسط الأسري، نمط الأسرة وتتبع نصائح الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / التضامن نمط الأسرة		نعم	لا	الموع
نعم	أسرة ممتدة	19 %27.54	50 %72.46	69 %100
	أسرة نووية	83 %47.70	91 %52.30	174 %100
الموع الجزئي		102 %41.98	141 %58.02	243 %100
لا	أسرة ممتدة	- -	06 %100	06 %100
	أسرة نووية	04 % 36.36	07 %63.64	11 %100
الموع الجزئي		05 %29.41	12 %70.89	17 %100
أحيانا	أسرة ممتدة	04 %36.36	07 %63.64	11 %100
	أسرة نووية	05 %17.24	24 %82.76	29 %100
الموع الجزئي		09 %22.50	31 %77.50	40 %100
الموع الكلي		115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

نستشف من خلال المعطيات الموجودة في الجدول رقم (101) أن أكبر نسبة من أفراد عينتنا لا ينفذون تعليمات ونصائح الطبيب بنسبة تقدر بـ 61.67 % مقارنة بنسبة 38.33% من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب.

إن أغلبية المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب، وهم يتلقون أحيانا فقط تضامنا في وسطهم الأسري، إذ نجد في هذا الصدد نسبة 77.50% والنسبة الساحقة تعيش في أسرة نووية أي نسبة 82.76% مقارنة بنسبة 22.50% من المرضى ينفذون تعليمات الطبيب ويجدون أحيانا تضامنا في وسطهم الأسري، والأغلبية منهم نمط أسرتا هو أسرة نووية أي 36.36%.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين لا يتلقون تضامنا في وسطهم الأسري نجد نسبة 70.89% لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم من أسرة نووية وذلك بنسبة 36.36%.

وفي نفس السياق، فقد سجل المبحوثين الذين يجدون تضامنا في وسطهم الأسري نسبة 58.02% من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب والأغلبية الساحقة منهم تعيش في أسرة ممتدة بنسبة تقدر بـ 72.46% مقابل نسبة 41.98% من المبحوثين يتضامن معهم أفراد أسرهم وينفذون إرشادات الطبيب وهم من أسرة نووية.

إن التضامن بمختلف أشكاله هو سمة من سمات تماسك الأسر وإستمرارها، حيث أنه أوضحت معطيات الجدول أنه الأسرة النووية التي تعرف أحيانا ونادرا تضامن في وسطها الأسري أقل تنفيذا لنصائح وتوصيات الطبيب. وهذا راجع إلى إضطراب العلاقات الأسرية وتعدد الأدوار الإجتماعية لأفرادها وكثرة المشاكل. فالمريض الذي يعيش في وسط أسري مكهرب غالبا ما يفشل في تنفيذ نصائح الطبيب والتعاون معه وترجمة المعلومات الصحية التي إكتسبها من خلال عملية التثقيف الصحي إلى ممارسات صحية تساعده على التمتع بالصحة الطبيعية وتشكيل مواقف وإتجاهات صحية. ولقد أبرز إميل دوركايم مفهوم التضامن الإجتماعي الذي يشتد في التمعات البدائية والتقليدية ويتلاشى نوعا ما في التمعات الحديثة والصناعية. وهذا ما نعرفه في مجتمعنا الجزائري وفي أسرنا التي تعرف درجة ضعيفة للتضامن بين أفراد الأسرة الواحدة وحتى بين العائلات، خاصة بين أفراد الأسرة النووية. فالإستهلاك الثقافي أدى بالأسرة الجزائرية إلى ضعف روابط التضامن بين أفرادها والذي إنعكس سلبا على العلاقات الإجتماعية بين المريض وأفراد أسرته من جهة، وبين العلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض من جهة ثانية. فإذا إنعدم الترابط الأسري بين المريض وأعضاء أسرته، فإن هذا يجعل المريض لا ينفذ تعليمات الطبيب ولا يتعاون معه، وأيضا يصبح المستشفى هو الملجأ الوحيد للمريض. وفي هذا المال، فإن بعض الدراسات أثبتت عن وجود علاقة بين مرض الضغط الدموي ونمط الأسرة، منها دراسة يوسف الكندري سنة 2002 على الأسرة الكويتية، حيث توصل إلى أن إتساع شبكة العلاقات الإجتماعية ترتبط بإنخفاض معدلات الضغط الدموي، وكذلك أن حجم الأسرة ووجود الأخوة داخل منزل المعيشة قد يسهم في تلقي الدعم الإجتماعي، وهو يرتبط أيضا بإنخفاض معدلات ضغط الدم مع مراعاة بعض العوامل الخاصة بطبيعة الأسرة مثل المحافظة على الإستقلالية في المنزل. وعليه فإن البناء الأسري يرتبط بالأوضاع الصحية، إذ أن عملية التفاعل نفسها ينتج من خلالها تأثيرات نفسية، إجتماعية وفسيولوجية تؤثر بشكل كبير على الوضع الصحي داخل نطاق الأسرة. وهذا من خلال شكل الأسرة، نمطها وطبيعة العلاقات الإجتماعية السائدة فيها وحتى وسائل الرعاية الصحية والإجتماعية المتاحة. وفي هذا المال فإن البناء الأسري في الأسرة الممتدة يعتمد على شبكة العلاقات الإجتماعية المتبادلة التي تحقق قدرا من الدعم والمساندة الإجتماعية لأبناء الأسرة خاصة إذا كان هناك مريضا في وسطها. [1]

(1) يعقوب يوسف الكندري، مرجع سابق، ص ص 169-171.

جدول رقم (102): يمثل توزيع أفراد العينة حسب التفكير في المرض والإنشغال به ومدى تنفيذ تعليمات الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / التفكير في المرض	نعم	لا	الموع
نعم	47 % 34.30	90 % 65.70	137 % 100
لا	62 % 43.97	79 % 56.03	141 % 100
أحيانا	06 % 27.27	16 % 72.73	22 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (103): يبين توزيع أفراد العينة الذين يفكرون في المرض وما مدى مساعدتم في الوسط الأسري للتخفيف عليه.

المساعدة	التكرار	النسبة %
نعم	73	45.92
لا	43	27.05
أحيانا	43	27.03
الموع	*159	100

* عدد المبحوثين الذين يفكرون في المرض بإستمرار وأحيانا.

من الجدول رقم (102) يتضح أن أكبر نسبة من المرضى لا تنفذ تعليمات الطبيب بإستمرار، حيث بلغت نسبتها 61.67 % من أصل 300 مريض مقارنة بنسبة 38.83 % من المرضى ينفذون تعليمات الطبيب.

وفي هذا الصدد عززت نسبة المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب من طرف المرضى الذين أحيانا يفكرون في مرضهم وأحيانا ينسونه بنسبة تقدر بـ 72.73 % مقابل نسبة 27.27 % ينفذون تعليمات الطبيب وهم أحيانا يفكرون في المرض وأحيانا لا.

أما فئة المرضى التي تفكر كثيرا في المرض، فنجد من بينهم نسبة 65.70 % لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 34.30 % ينفذون تعليمات الطبيب.

وآخر نسبة نسجلها عند فئة المبحوثين المحاولين نسيان المرض بنسبة 56.03 % لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 43.97 % ينفذون تعليمات الطبيب.

يعتبر التفكير بإستمرار في المرض أحد المؤثرات على تسيير المرض بشكل جيد وتنفيذ تعليمات الطبيب وتوصياته. فالتعاون مع الطبيب يقل كلما كان التفكير مستمر في المرض، وهذا راجع إلى سبب إنعدام الرغبة بالنسبة للمريض في أن يصبح في حالته طبيعية وأيضا غياب دور الأسرة في إخراج المريض من قوقعة المرض.

وإذا حاولنا معرفة أسباب التفكير في المرض فنجد أن التفكير في المستقبل والخوف من الموت والشلل سببا بارزا عند المبحوثين. فالإنسان دائما يفكر في العواقب التي يمكن أن تصيبه في المستقبل. كتصريح هذه المريضة "أنا مانيش خايفة من المرض والموت ولكن نفكر في المستقبل لو كان المرض يشللني ويطيحني فراش أشكون لي يرفدني". ويضيف مريض آخر "لي مريض ما يقدرش ينسى مرضوا خاصة كي يشوف ناس صحاح". إضافة على هذه الأقوال هناك عدة تصريحات أخرى.*

فإذا إتجهنا إلى دور الأسرة وإلتزاماتا وأهمية ذلك في التخفيف من معاناة المريض نجد أن أغلبية المبحوثين قد قدمت لهم المساعدة في وسطهم الأسري ومحاولة إخراجهم من قوقعة المرض. ففي هذا الصدد نجد نسبة 45.92 % قدمت لهم المساعدة في وسطهم الأسري في حالة التفكير والإنشغال بالمرض مقابل نسبة 27.05 % لم تقدر لهم المساعدة و نسبة 27.03 % أحيانا فقط كانت تقدم لهم المساعدة في حالة التفكير في المرض.

إنطلاقا من الجدولين السابقين، نستنتج أن تتبع نصائح الطبيب للحفاظ على الصحة وتغيير نمط الحياة يعتبر مؤشر على مدى توفر ثقافة صحية لدى المريض المصاب بمرض مزمن، والتي بدورها تحدد ممارساته الإجتماعية إتجاه صحته. والمرضى غير المطبقين لتعليمات الطبيب فهم ينتحرون بطريقة غير مباشر، وبالتالي ثقافتهم الصحية هي ثقافة غير واعية، حيث نجد في هذا الصدد العلاقة طبيب- مريض هي علاقة ليست إيجابية بينهما، لأن المريض لا ينفذ تعليمات الطبيب. فهو لا يحاول التعاون معه للخروج من الحالة المرضية، أي عدم التخلي عن دور المريض.

إن المريض يستطيع أن يتخلى عن دوره إذا إتبع تعليمات الطبيب وتمتع بصحة طبيعية، ويمارس أدوار الإجتماعية والتمسك بمسؤولياته. وهذا ما يلاحظ في المجتمع الجزائري، فبعض المرضى بالرغم من إصابتهم بمرض السكر، الضغط الدموي والقلب، إلا أنهم يزاولون أدوارهم الإجتماعية بحالة عادية ويعيشون كبقية أفراد المجتمع الأصحاء. فالنظرة الأولى لبعض المرضى تثبت أنهم غير مرضى بمرض مزمن، ولكن الرخصة الطبية تثبت لهم ذلك المرض. فالمريض في المجتمع الجزائري يجد صعوبة في تقبله لمرضه، وإذا تقبل مرضه يكون التقبل بصعوبة، ويبقى هاجس الخوف من المستقبل ومن الموت يراود تفكيره طوال فترة حياته، والذي يؤثر في تنفيذه لتعليمات الطبيب. فالتفكير بإستمرار في المرض وعواقبه يجعل المريض لا يعطي أهمية لتنفيذ توصيات الطبيب

* أهم التصريحات هي:

- ما تقدريش تنساي كاين حاجات يفكروك كيفا كنتي.
- نفكر بزاف خفت منوا.
- أشكون ينسينا، الضر ينقاس بيه مولاه واحد مريض يحس بيه.

والتعاون معه. وقد تكون الأسرة هي سببا في تفكيره بالمرض، لأنا غير متكفلة به نفسيا وإجتماعيا، وبالتالي لا تساعده، لا تتضامن معه ولا تشجعه للتعاون مع الطبيب وتنفيذ نصائحه. فنجد أن الأسرة هي الخلية الأساسية في المجتمع والبيئة التي يتلقى فيها المريض كل الحنان والحب، فهي كأي نظام إجتماعي تتعرض إلى المشاكل والتغير في أنشطتها الإجتماعية ويصيبها نوع من التصدعات والتوترات التي تؤثر في شبكة العلاقات الإجتماعية بين أفرادها. وقد يجد المريض نفسه غير مندمج مع أفراد عائلته، فيتخلى عن توصيات الطبيب لأن وسطه الأسري لا يسمح له بمساعدته. فالإندماج الإجتماعي يساعده على نسيانه لمرضه وتحليه بالرغبة في البحث عن شفاء لحالته والتعاون مع الطبيب بتنفيذ نصائحه. وإذا تحقق ذلك، يعني أن المريض إندمج في المجتمع بصورة عادية يزاول أدواره الإجتماعية المناسبة لحالته الصحية الطبيعية. فهو ليس ملاما عن مرضه، حيث "أن الشخص المريض لا يمكن لومه أو توبيخه لأنه بالطبع غير مسؤول عن حالته، ولذلك لا يجب أن يعالج بقسوة أو بلهجة با تأنيب أخلاقي، ولكن يلام فقط في حالة إساءة إستخدام هذا المرض". (1)

إن العزلة الإجتماعية والحرمان العاطفي عوامل سوسيو- نفسية لها عبء ثقيل على صحة المريض وإندماجه في المجتمع، حيث أنه يميل الأفراد الذين يحرمون من التفاعل الطبيعي مع الآخرين إلى الشعور بالوحدة. وتصبح شخصيتهم غير سوية، يخلق عندهم القلق والتوتر. ففي مجتمعنا الجزائري أسرة المريض لا تعمل على تأهيل وإدماج مريضها في وسطه الأسري ومحاولة إخراجه من متاهات التفكير في المرض. فهذا السبب يجعله لا يبالي لتوصيات الطبيب وينتحر بطريقة غير مباشرة، فثقافته ثقافة غير واعية وقد تكون الأسرة سببا لذلك، فهي لا يمنح له الحب، الدفء العائلي، الرعاية والحماية أي لا تقوم الأسرة بكل وظائفها منها الوظيفة النفسية. وما يمكن إستنتاجه هو أن الشعور بالوحدة النفسية والإجتماعية سببان كافيان لعدم تعاون المريض مع الطبيب.

جدول رقم (104): يوضح توزيع أفراد العينة حسب شعور العائلة نحو المريض وتنفيذ نصائح الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / مشاعر العائلة نحو المريض	نعم	لا	الموع
الحب	67 % 59.82	45 % 40.18	112 % 100
الإحترام	32 %33.68	63 % 66.32	95 % 100
الكراهية	02 % 18.18	09 % 81.82	11 % 100
عدم الإهتمام	11 % 17.18	53 % 82.82	64 % 100
الشفقة	03 % 16.67	15 % 83.33	18 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 191.

وتكملة للجدول السابق نرى بأن مشاعر الأسرة إتجاه المريض تؤثر في ممارساته الصحية، في إتجاهاته ومواقفه. وهذا ما يبرزه الجدول رقم (104) الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوعية مشاعر العائلة نحو المريض وتنفيذه لتعليمات وإرشادات الطبيب.

فالجدول يبين لنا بأن أغلبية المرضى لا يتقيدون بإرشادات الطبيب في نظام حياتم الجديد، وذلك بنسبة مرتفعة هي 61.67 % من مجموع المبحوثين. وأن هذه النسبة ترتفع عند المبحوثين الذين يشعرون بالشفقة بنسبة 83.33 % مقابل نسبة 16.67 % من المبحوثين ينفذون إرشادات الطبيب ويشعرون بالشفقة في وسطهم العائلي.

وثاني نسبة نسجلها عند المرضى الذين يسود في وسطهم العائلي عدم الإهتمام بم بنسبة 82.82 % من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 17.18 % من نفس الفئة ولكن ينفذون تعليمات الطبيب.

ونفس الملاحظة نسجلها عند المبحوثين الذين يشعرون بالكره من طرف أفراد أسرتم، حيث نجد نسبة المبحوثين غير المنفذين لنصائح الطبيب 81.82 % مقابل نسبة المنفذين لتعليمات الطبيب المقدرة بـ 18.18 %.

ما يلاحظ من الجدول هو أنه كلما كانت مشاعر أفراد الأسرة إتجاه مريضهم تتسم بالمحبة والإحترام كلما ساهم ذلك في إتخاذ القرارات المهمة والصائبة في المال الصحي كتنفيذ تعليمات الطبيب، حيث نسجل في هذا المضمار إنخفاض في نسبة المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب والذين يشعرون بالإحترام في وسطهم الأسري، وذلك بنسبة تقدر بـ 66.32 % مقابل نسبة 33.68 % يشعرون بالإحترام في وسطهم الأسري وينفذون تعليمات الطبيب حرفيا حسب أقوالهم. وما يمكن قوله وقراءته من معطيات الجدول هو أن الحب وما يتضمنه من مشاعر إتجاه المريض ينعكس بالإيجاب في المواقف الصحية، إذ أنه كلما شعر بالحب في وسطه العائلي كلما زادت إرادته وعزيمته في إتباع نصائح الطبيب وتنفيذها، حيث نسجل في هذا المنوال نسبـة 59.83 % من المرضى يشعرون بالحب وينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 40.18 % من المرضى يشعرون بالحب ولا ينفذون تعليمات الطبيب.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية السابقة أنه توجد علاقة بين مشاعر العائلة نحو مريضها وتنفيذه لنصائح الطبيب، إذ أن الكراهية وعدم الإهتمام به يؤثر سلبا على تعاونه مع طبيبه وتغيير نمط حياته. فكلما همّش المريض في وسطه الأسري كلما أدى به ذلك إلى إنعزاله وكرهه للحياة، حيث أن طبيعة المرض تجعل الفرد ينطوي على نفسه، لذا يجب على الأسرة أن تقوم بإخراجه من عزلته وإدماجه في التمع بصورة عادية، يتعامل معه كبقية الأفراد العاديين وليس كهيكل مريضا عاجزا على أداء أدواره الإجتماعية، وهذا لكي لا يحس بالشفقة من طرف الغير. وفي هذا الصدد فإن العزلة الإجتماعية والحرمان العاطفي يجعلان الشخص ينفرد وينعزل وتصبح سلوكياته أكثر عدوانية، نظرا لشخصيته المضطربة. وعليه فإن للمحيط الأسري دور فعال في إخراج مريضه من دائرة هذه المشاكل، حيث يحتمل أن يميل الأشخاص الذين يحرمون من التفاعل الطبيعي مع الآخرين إلى الشعور بالوحدة ويصابون بالقلق الذي يؤدي إلى التأثير على الممارسات الصحية. ولهذا ينصح

الأسرة بأن تقوم بتأهيل مريضها وإدماجه في وسطها ومشاركته في أهم العلاقات الإجتماعية التفاعلية، لأن عدم الإتصال والتفاعل مع سوء العلاقة بين المريض وأفراد أسرته يشكل بحد ذاته ظروف إجتماعية أسرية صعبة، تؤدي إلى خلق مواقف تسودها الأنانية. فالأفراد لا يهتمون به، لأن مصلحتهم الفردية قبل كل شيء، قبل مصلحته الشيء الذي يسبب له الحيرة والقلق في حياته والشعور بالحرمان العاطفي من الأهل، وبالتالي تظهر سلوكات غير صحية في حياته اليومية.

جدول رقم (105): يبين توزيع أفراد العينة حسب معاملة أفراد العائلة لهم وتنفيذهم للنصائح الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / نوعية المعاملة	نعم	لا	الموع
معاملة جيدة	89 % 46.11	104 % 53.89	193 % 100
معاملة متوسطة	24 % 26.37	67 % 73.63	91 % 100
معاملة سيئة	03 % 18.75	13 % 81.25	16 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

إن المعاملة الجيدة للمريض تساعده على تنفيذ نصائح الطبيب، إذ نجد نسبة 61.67 % من المبحوثين ينفذون نصائح وإرشادات الطبيب، حيث أن هذه النسبة تعزز من طرف المرضى الذين يتلقون معاملة سيئة بنسبة 81.25 % مقابل نسبة 18.75 % من المبحوثين ينفذون تعليمات الطبيب ويتلقون معاملة سيئة في وسطهم الأسري.

أما بالنسبة للمرضى الذين يتلقون معاملة متوسطة، فنجد نسبة 73.63 % من المرضى لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 26.37% ينفذون تعليمات الطبيب بصفة دائمة.

ونفس الملاحظة نسجلها عند المبحوثين الذين يتلقون معاملة جيدة في وسطهم الأسري بنسبة متقاربة بين المرضى الذين ينفذون تعليمات الطبيب والذين لا ينفذون تعليمات الطبيب، إذ نجد نسبة 53.89 % لا ينفذون تعليمات الطبيب ويتلقون معاملة جيدة ونسبة 46.11 % ينفذون تعليمات الطبيب ويتلقون معاملة جيدة في وسطهم العائلي.

إن الأسرة في المتمع الجزائري في بداية المرض تعمل على منح المريض العطف والحنان ومعاملته معاملة جيدة، ولكن مع مرور الزمن هذه العلاقات الإجتماعية والمعاملات الحسنة بين المريض وأفراد أسرته، تبدأ في التلاشي. فذلك الحب والحنان يتحول إلى شفقة، فالمريض إذا أحس بعدم إهتمام أفراد أسرته به، فإنه يمتنع عن تنفيذ تعليمات الطبيب ولا يتعاون معه، وهو بذه الطريقة يمارس سلوكا إنحرافيا وإنتحار غير مباشر نتيجة إهمال الأسرة له وعدم قيامها بواجباتا من ناحية توفير له جو نفسي ملائم، وهذا بغرض تكييفه مع البيئة التي

يعيش فيها، حيث "تلعب الأسرة دورا رئيسيا في تشكيل وتكوين شخصية الفرد وفي نمو ذاته وإذا ما تعرض أحد أقطاب الأسرة الرئيسيين للموت فقد يؤدي ذلك الحدث إلى إنيار كامل لعملية التنشئة الإجتماعية في أطفال أسرته.

إن جو الأسرة المريح يمكن الأطفال من النمو النفسي والإجتماعي والثقافي والديني السليم، الأمر الذي يساعدهم على أن يتكيفوا مع الصعوبات الحياتية القائمة والتي سوف تواجههم في المستقبل ويخلق منهم أعضاء منتجين ونافعين في المتمع".[1] والأسرة المستقرة تسهم في إرساء قواعد الصحة النفسية لأعضائها، فهي الملجأ الآمن الذي يأوي إليه المريض المصاب بمرض مزمن للتخفيف من معاناته اليومية ومشاكله الكثيرة، إذ يساعده ذلك على تتبع نصائح الطبيب والتعاون معه للحفاظ على الصحة الطبيعية. فالوسط الأسري الذي تسوده علاقات إجتماعية مبنية على المحبة والمعاملة الجيدة بين المريض والمحيطين به يعتبر بمثابة نظام إجتماعي قوي مبني على أسس قاعدية في النمو النفسي وفي الإستقرار الإنفعالي. ويمكن القول أن الأسرة السوية هي الأسرة التي تحقق لمريضها الحماية، السلامة النفسية والصحية وتجعله يشعر بالأمن والإستقرار النفسي، حيث تقدم له الحب، الدفء والدعم بكل أشكاله حسب الظروف، وأيضا تغيير بعض السلوكات والتوقعات الصحية. ويجب أن يتسم أفرادها بالتسامح مع المصاب والتعاضي عن بعض ممارساته غير العقلانية، وهذا ما نجده غائبا في المتمع الجزائري، حيث أن العلاقات الأسرية غالبا ما تكون مضطربة، وهذا ما يجعل المريض يتهاون في تنفيذ تعليمات الطبيب، ففي هذه الحالة عدم تكفل الأسرة بمريضها نفسيا يخلق له الكره والفشل في التعاون مع الطبيب وتنفيذ توصياته. وقد يكون سبب التغير الإجتماعي في نمط الأسرة، تعدد الأدوار الإجتماعية لأفرادها وكثرة المشاكل أحد الأسباب لعدم قيام الأسرة بوظيفتها النفسية.

وفي هذا الصدد، فإن "العلاقات الأسرية هي التي تحدد تلك العلاقات من زاوية التماسك والتضامن والتآزر الإجتماعي المرتكز على الروابط الأسرية"،[2]حيث أن سوء العلاقات وعدم التوافق يؤدي إلى إضطراب في الوسط الأسري مما يجعل المريض ينتحر بطريقة غير مباشرة من خلال عدم تنفيذه لتعليمات الطبيب.

إن إنخفاض تماسك الأسرة الجزائرية وزيادة العلاقات داخلها مع تعرضها لأزمات داخلية وخارجية يؤثر على تعامل الأفراد مع المريض، ويؤدي إلى تعرض الروابط الأسرية غالبا إلى الضعف، مما ينعكس سلبا على الممارسات الصحية للمريض، على ثقافته الصحية وتغير إتجاهاته ومواقفه، وهذا ما لمسناه من تصريحات المرضى.

---

(1) سعيد حسني العزة، الإرشاد الأسري، نظرياته وأساليبه العلاجية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2000، ص 31.

(2) فهمي الغزوي وآخرون، المدخل إلى علم الإجتماع، دار الشروق، عمان، 1992، ص 212.

جدول رقم (106): يمثل توزيع أفراد العينة حسب وجود مشاكل في حياتم وتنفيذ نصائح الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / توجد مشاكل في حياتك اليومية	نعم	لا	الموع
نعم	49 % 31.82	105 % 68.18	154 % 100
لا	50 % 48.07	54 % 51.93	104 % 100
أحيانا	16 % 38.10	26 % 61.90	42 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (107): يبين توزيع أفراد العائلة الذين لديهم مشاكل في حياتم اليومية حسب نوعها.

نوع المشاكل	التكرار	النسبة %
مشاكل عائلية	144	93.50
مشاكل في العمل	04	2.60
مشاكل مع الأصدقاء	04	2.60
مشكل السكن	01	0.65
مشاكل مالية	01	0.65
الموع	*154	100

أظهرت بيانات الدراسة أن أغلبية المبحوثين لا ينفذون تعليمات ونصائح الطبيب، وذلك بنسبة 61.67 % من مجموع المبحوثين.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو وجود المشاكل في حياة المريض تبين أن المبحوثين الذين يعانون من مشاكل في حياتم اليومية هم أكثر عدم تنفيذا لتعليمات ونصائح الطبيب، حيـث مثلت هذه الفئة نسبة 68.18 % مقابل نسبة 31.82 % من يعانون من مشاكل في حياتم اليومية ويتخذون نصائح وإرشادات الطبيب بعين الإعتبار.

ونفس الملاحظة نسجلها عند فئة المبحوثين الذين يعانون أحيانا من مشاكل في حياتم اليومية، إذ نسجل نسبة 61.90 % من المبحوثين لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة 38.10 % ينفذون نصائح الطبيب.

في حين نجد فئة المبحوثين الذين لا يعانون من مشاكل في حياتم اليومية يمثلون نسبة 51.93 % لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة متقاربة تقدر بـ 48.07 % ينفذون نصائح الطبيب.

وتكملة للجدول السابق، فإن معظم أفراد عينتنا يعانون من المشاكل في حياتم اليومية، وهذه المشاكل تنصب حول المشاكل العائلية، وذلك بنسبة تقدر بـ 93.50 %.

نستنتج مما سبق ذكره، أنه توجد علاقة بين وجود مشاكل في حياة المريض وتنفيذه لنصائح الطبيب، أغلبها مشاكل عائلية حسب تصريحاتم. ولقد إتضح جليا أن المبحوثين الأكثر معاناة للمشاكل في حياتم اليومية أقل تنفيذا لنصائح الطبيب وتوصياته والعكس صحيح. وفي هذا الال فإن التفسير الذي يمكن تقديمه، هو أن التغير الإجتماعي الذي حصل في التمع الجزائري وحتى على صعيد أنظمة الأسرة أدى في الغالب إلى تفكك الروابط الأسرية وإحداث تصدعات في بنيتها. وعليه يمكن القول أن الأسرة الجزائرية تتعرض لكثير من المشاكل التي تؤثر تأثيرا سلبيا بدورها على العلاقات الإجتماعية بين أفرادها وحتى أن المعاملة تصبح تتسم بصبغة الشفقة، عدم الإهتمام واللامبالاة بالمريض. وهذا التغير في نوع العلاقات يجعل المريض يتخذ قرارات ومواقف لا تناسب الخطة العلاجية التي رسمها له طبيبه، حيث أن الطبيب يفرض على المريض المصاب بمرض مزمن تجنب كل الضغوطات والإنفعالات النفسية بقدر الإمكان، وهذا غير ممكن إن لم نقل مستحيل تحقيقه في بلدنا الجزائر وفي أسرنا، إذ تؤكد ذلك تصريحات المرضى* كهذه المريضة التي تقول "أنا الزعاف لي يطلعلي السكر ماشي الماكلة". أما مريضة أخرى فتصرح بأن "المشكل يؤثر بزاف ونولي نبكي تغيضني عمري والعايلة تخفف عليا بنتي الكبير تحس".

ولقد أكد الدكتور عبد الرحمان عيسوي في مؤلفه "في الصحة النفسية والعقلية" في موضوع الصراعات اللاشعورية أنه "قد يعاني الفرد من الصراع بين رغبته في تلقي الحب والعطف من الغير ورغبته في الإستقلال، حيث يتربى الفرد في الوقت الحاضر على الإستقلال. فهناك بعض الأشخاص الذين يرغبون- لاشعوريا- في الإعتماد والإتكال على الغير ولكنهم يتعلمون أن يكونو مستقلين (...)، ولذلك يتم التعبير عن الإعتمادية بصورة غير مباشرة".[1] ويمكن القول أن الظروف الإقتصادية للأسرة بما فيها الظروف المالية تمنع من إشباع رغبات المريض، فنتيجة لذلك تتعدد مظاهر الإحباط والكبت لدى المريض المصاب بمرض مزمن، وينتج عن هذا إضطراب في العلاقات الأسرية التي تعمل في الإتجاه المعاكس لمصالح الفرد المريض وكسب ثقافة صحية. فهو "يستطيع أن يساعد نفسه في الشفاء وفي التمتع بالصحة الجيدة بإتباع العادات السلوكية الإيجابية. ولكن مهما بلغت مساعدة الإنسان لذاته فإنه لا بد أن يحتاج إلى معاونة الأطباء".[2] وهذا القول ينطبق على ما قدمه

---

* أهم تصريحات المرضى التي تبرز وجود مشاكل في حياتم اليومية هي:
- "مشاكل السكنة ومشاكل مع الزوج على المال ودابا الزعاف".
- "الزوج كي يصيب يشري لحاجة لي تطلع La tension".
- " مر مرضت الزوج أغلق عليا الباب وخلاني في الدار".
- "الزوج هو لي يخلق المشاكل".
- "غير المشاكل يكونوا في الدنيا كل حاجة عندها الدوا إلا مرض الدار لي ما فيهمش الدوا".
- "ساعات التقلاق يقولك البنادم ما يدوسش في الدار".
- "الزعاف والتقلاق فيها لي عايش على وجه الدنيا والإنسان مالازمش يضخم الأمور".

(1) عبد الرحمان عيسوي، مرجع سابق، ص 190.
(2) نفس المرجع، ص 196.

"تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في تطرقه لدور المريض من خلال الحقوق، فالمريض له الحق في أن يتلقى مساعدة طبية متخصصة لأنه لا يمكنه له أن يحقق الشفاء بمفرده وهذا بتعاون العائلة أيضا. والواقع أن في الجزائر أصبحت الرعاية الصحية لا تقدم للمريض، مما يترتب عليها الكثير من المشكلات الصحية، ويرجع هذا كله إلى عدم مقدرة الأسرة على توفير كل متطلباته، وهذا ما يؤكد بأن العوامل الأسرية تؤثر بوضوح في تقديم الرعاية الصحية والرغبة الدائمة في القيام بالعلاج أو مدى إتاحة المساعدة الإجتماعية وتوفيرها على المدى الطويل. ومن ثم فإن إتجاهات أعضاء الأسرة وردود أفعالهم نحو الفرد المريض لا تتيح له الرعاية الكافية ولا تساعده على تنفيذ نصائح الطبيب.

إن الأسرة الجزائرية تعاني الكثير من المشاكل العويصة، التي تؤثر في علاقاتا ومعاملاتا مع أفرادها، فكثيرا من المرضى في هذه الحالة لا تلبى لهم الحاجيات المعنوية خاصة، حيث أنه قد تحتم الظروف الإقتصادية للأسرة والظروف الصعبة كحجم العائلة وضيق المسكن على أن تكون كفيلة بمنع إشباع حاجات المريض العديدة، فتتعدد مظاهر الإحباط والكبت لرغبات المرضى بسبب المعاملة الأسرية السائدة في هذه الظروف، والتي تساعد كذلك على حدوث الشجار بين الأفراد، وتضطرب بينهم العلاقات، كما يترتب عنها حالات معينة مثل بعض الأضرار الصحية على المريض. بالإضافة على ذلك فإن عامل البطالة والفقر يجعلان الكثير من أفراد الأسر يعيشون حالات القلق والحرمان والضجر وحياة ملؤها البؤس، الإنتقام والخوف من المستقبل الهول، ويعيشون يوميا مرارة المواقف المحبطة، بسبب فقرهم المادي. وكثيرا ما تترجم مشاعرهم هذه أثناء معاملتهم ورعايتهم للمصاب بداء السكري، فتتنوع صفات القسوة و الإهمال واللامبالاة والرفض والتذبذب.

جدول رقم (108): يبين توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود حوار ونقاش في الوسط العائلي وتأثيره على تنفيذ نصائح الطبيب.

تنفيذ نصائح الطبيب / وجود حوار ونقاش	نعم	لا	الموع
نعم	54 % 50.95	52 % 49.05	106 % 100
لا	10 % 26.31	28 % 73.69	38 % 100
أحيانا	51 % 32.70	105 % 67.30	156 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

من البيانات الواردة في الجدول رقم (108)، يتضح لنا أن أكبر نسبة من أفراد العينة لا ينفذون تعليمات ونصائح الطبيب بنسبة 61.67 % من الموع الكلي للمبحوثين.

وبربط العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، تبين أن فئة المرضى الذين لا يوجد الحوار والنقاش في وسطهم الأسري عززت الإتجاه العام، حيث قدرت نسبة المرضى الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب من فئة المبحوثين الذين لا يوجد حوار ونقاش في وسطهم الأسري بـ 73.69 % مقابل نسبة 26.31 % ينفذون نصائح وتعليمات الطبيب ولا يوجد حوار ونقاش في وسطهم الأسري.

أما المبحوثين الذين يوجد في وسطهم الأسري أحيانا النقاش والحوار ولا ينفذون نصائح الطبيب نسبتهم تقدر بـ 67.30 % مقارنة بنسبة 32.70 % من المبحوثين ينفذون نصائح وتعليمات الطبيب ويوجد غياب للحوار والنقاش في وسطهم الأسري.

في حين نجد أن أفراد العينة الذين يوجد في وسطهم الأسري حوار ونقاش مثلوا نسبة 49.05 % لا ينفذون تعليمات الطبيب، مقابل نسبة 50.95 % ينفذون تعليمات الطبيب من فئة المبحوثين الذين يوجد الحوار والنقاش في وسطهم الأسري.

لقد أبرزت نتائج الجدول رقم (109)، أنه توجد علاقة بين وجود حوار ونقاش في الوسط الأسري، وتنفيذ تعليمات الطبيب، إذ أنه كلما كان الحوار والنقاش في الوسط الأسري كلما كان التنفيذ لنصائح الطبيب بأكبر درجة، والعكس صحيح. فنتائج البحث أكدت أن الأغلبية من المبحوثين لا ينفذون نصائح الطبيب وهم من الفئة التي لا تعرف الحوار والنقاش في الوسط الأسري، ويمكن تفسير ذلك من خلال إنعدام شبكة الإتصال وثقافة الحوار بين أفراد الأسرة. عكس ما كان في الماضي في الأسرة الممتدة. إضافة على ذلك عزو بعض الوسائل لتحل محل الإتصال في الأسرة ألا وهي الوسائل السمعية البصرية، البرابول، الأنترنيت والهاتف. فأصبحت هذه الوسائل الأنيس الحميم للفرد الجزائري، وكل فرد من أفراد الأسرة ينعزل عن الفرد الآخر، فيجد المريض نفسه وحيدا، حيث لا يجد من يتحدث معه لإخراج مكبوتاته، سرد إنشغالاته وهمومه ليرتاح. وإذا إنعدم ذلك في الأسرة فإنه يجد نفسه في دوامة يفكر دائما في مرضه والمستقبل المجهول. فهذا يحتم عليه إتخاذ بعض المواقف كتخليه عن توصيات الطبيب، عدم تغييره لنمط حياته وعدم كسبه معرفة صحية، ويصبح المرض في هذه الحالة حقا كإنحراف يهدد كيان النسق الطبي وحتى كيان الأسرة نتيجة إنعدام الثقافة الصحية. وفي هذا الصدد تؤكد الباحثة نادية محمد السيد عمر بأنه "إذا كانت أعراض هذا المرض ذات صلة بالجانب النفسي حيث يصبح حينئذ وظائف العلاج بمثابة وسائل لتحقيق الضبط الإجتماعي".[1] وتؤكد نفس الباحثة أيضا بأن"سلوك المريض سواء كان سلوكا جيدا أو سيء، فهو ينشأ من فقدان الضبط من خبرات المريض وتجاربه، فلكل رد فعل من ردود المريض تجاه المرض يمكن النظر إليها بإعتبارها نتاج لفقدان الضبط، وفقدان الضبط يؤدي إلى السلوك السيئ".[2] فعدم إهتمام الأسرة بمراقبة المريض وإمداده بمعلومات كافية لتغيير إتجاهاته ومواقفه الصحية إنما يرجع إلى التغير الإجتماعي في الأنماط الأسرية، إلى الضغوطات النفسية والمشاكل

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 197.

(2) نفس المرجع، ص 197.

المالية والإجتماعية التي تعيشها الأسرة الجزائرية. ويمكن القول أيضا، أن التغير في المال الثقافي وفي العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة وحتى في عادة رعاية المريض كلها عوامل مؤثرة على مواقف المريض الصحية، حيث كانت في الماضي رعاية المريض من صلاحية ومسؤولية الأسرة والتي كانت أغلبها أسر ممتدة تعرف حجم كبير في عدد أفرادها. أما الآن إنتقلت رعاية المريض من الأسرة إلى مؤسسات أخرى كالمستشفى الذي وكلت له هذه المهمة. فهذا التغير كله أثر على العلاقات الإجتماعية وعلى شبكة الإتصال في الوسط الأسري الجزائري.

إن الدور الإجتماعي للأسرة مهم جدا في بناء علاقات إجتماعية مع المريض مبنية على الحب، الإحترام والمعاملة الجيدة، وهذا يختلف من أسرة إلى أخرى طبقا لوضعها الإجتماعي، الإقتصادي، قيمها، معتقداتا وعاداتا ووعيها بذا الدور الموكل إليها والذي هو مجموعة من الحقوق والواجبات.

جدول رقم (110): يبين توزيع أفراد العينة حسب تشجيع أفراد العائلة المريض على طاعة الطبيب وتنفيذ النصائح.

تنفيذ نصائح الطبيب / التشجيع على طاعة الطبيب	نعم	لا	الموع
نعم	90 % 37.81	148 % 62.19	238 % 100
لا	20 % 42.55	27 % 57.45	47 % 100
أحيانا	05 % 33.33	10 % 66.67	15 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

جدول رقم (111): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تقديم الدواء للمريض وشرحه له وعلاقته بتنفيذ نصائح الطبيب .

تنفيذ نصائح الطبيب / تقديم الدواء	نعم	لا	الموع
نعم	18 % 48.65	19 % 51.35	37 % 100
لا	97 % 36.88	166 % 63.12	263 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

إن تشجيع أفراد الأسرة للمريض بزيارة الطبيب يعتبر تكفل معنويا وحافزا لتقوية إرادته وعزيته في البحث عن الشفاء ومحاولة لخروجه من دور المريض، حيث أكدت لنا نتائج البحث بأن نسبة 61.67 % من مجموع

المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب، وأن هذه النسبة تتوزع بنسبة 66.67 % في فئة المرضى الذين يتلقون أحيانا التشجيع لزيارة الطبيب مقابل نسبة 33.33 % ينفذون نصائح الطبيب.

لنجد ثاني نسبة نسجلها في صنف فئة المرضى الذين يتلقون تشجيعا في وسطهم الأسري لزيارة الطبيب بنسبة 62.19 % لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة 37.81 % ينفذون نصائح وإرشادات الطبيب.

وآخر نسبة من المبحوثين تمثلها فئة المرضى الذين لا يتلقون تشجيعا لزيارة الطبيب في وسطهم الأسري بنسبة 57.45 % من بينهم لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة 42.55 % ينفذون نصائح وإرشادات الطبيب.

أما بالنسبة للجدول رقم (111)، الذي يبرز تقديم الدواء للمريض وشرحه له في وسطه الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب، هو أن الإتجاه العام للجدول يتمثل في فئة المبحوثين غير المنفذين لتعليمات الطبيـب بنسبة 61.67 % من مجموع المبحوثين، حيث أن هذه النسبة معززة من طرف المبحوثين الذين لا يقدم لهم الدواء في الوسط الأسري بنسبة 63.12 % مقابل نسبة 36.88 % من نفس فئة المبحوثين الذين لا يقدم له الدواء وشرحه وهم ينفذون نصائح الطبيب.

وفي نفس السياق، فإن المرضى الذين يقدم لهم في وسطهم الأسري الدواء وشرحه مثلوا نسبة 51.35 % من المبحوثين لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة 48.65 % من المرضى ينفذون نصائح الطبيب.

إن إهتمام الأسرة بمريضها هو من أهم إلتزاماتا وواجباتا كما حددها لها التمع، والتي تتماشى مع قيمه، معاييره ومعتقداته. وفي هذا الصدد نستنتج من خلال الجدولين السابقين، أنه توجد علاقة بين تلقي المريض دعما في وسطه الأسري وتنفيذه لنصائح الطبيب، حيث النتائج أوضحت بأن المرضى غير المنفذين لتوصيات الطبيب هم المرضى الذين لا يجدون دعم في وسطهم الأسري، وهذا يفسر لنا غياب التضامن المستمر والتكفل النفسي والإجتماعي في الأسرة، وبإعتبار أنا هي نواة التمع والنظام الإجتماعي، فمن أهم وظائفها تنشئة الفرد صحيا، تلقينه مبادئ الصحة وأيضا تشجيعه على طاعة الطبيب والتعاون معه لكي لا يكون هناك نوع من اللاإستقرار واللاثبات في النسق الطبي. وهذا الدور يفترض أن تقوم به نجده غائبا بين أفراد أسر مجتمع بحثنا نتيجة التغيرات السريعة في مختلف التالات، زيادة أدوارها وزيادة وسائل الإتصال والتكنولوجيات الحديثة التي أصبحت تمارس وظائف الأسرة. ونتيجة لذلك ترتبت مشاكل عديدة عن ذلك وبدأت الروابط الأسرية في الإنحلال والتلاشي وإنخفاض درجة التماسك والتضامن بين أعضاء الأسرة.

وفي هذا الصدد، فإن الإرشاد الأسري للمريض مهم جدا في حياته، والذي يهدف إلى "مساعدة الأسرة بكاملها لأن تعيش في وئام وإنسجام وتناغم لتحقيق أهدافها وأهداف أفرادها ليكونوا كالجسد الواحد في سرائهم وضرائهم. والإرشاد الأسري يعتبر أن مشكلة الفرد في الأسرة هي مشكلة أسرية".[1] وعليه يمكن

(1) سعيد حسني العزة، مرجع سابق، ص 7.

القول بأن العوامل التي تؤثر في العلاقات الأسرية هي بالدرجة الأولى التفاعل الإجتماعي والإتصال بين أفرادها، فالعلاقات الأخوية والودية بينهم تجعل المريض يحس بأنه شخص مرغوب فيه في وسطه الأسري ولا تنتابه الكآبة، فإذا سادت هذه العلاقات في الأسرة، فإن كل فرد يحس آلام ومشاعر الآخر، وتكون أهدافهم وحاجياتم مشتركة. وقد يسود التعاون، التعاطف، تبادل الآراء والحوار وتقديم النصح والعون، وهذا كله يؤدي إلى توفر الرغبة والإرادة لدى المريض في التعاون مع الطبيب المعالج.

أما العامل الثاني الذي يؤثر في العلاقات الإجتماعية بين أفراد الأسرة، فهو عامل الضغوطات، سواء كانت ضغوطات داخلية أو خارجية، مثل الضغوطات النفسية والمالية. فهذه الضغوطات تدد كيان الأسرة وبنيتها ويقل التماسك الإجتماعي وينتج عن ذلك عدم التكيف الإجتماعي والتوافق بين أفراد الأسرة الواحدة، وقد يكون المريض هو فريسة هذه الحياة الصعبة.

جدول رقم (112): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى تلقي توعية في الوسط الأسري وعلاقة بتغيير نمط الحياة.

تغيير نمط الحياة / تلقي توعية	نعم	لا	محاولة تغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	الموع
نعم	48 % 33.33	92 % 63.89	04 % 2.78	144 % 100
لا	48 % 31.37	98 % 64.06	07 % 4.57	153 % 100
أحيانا	01 % 33.33	02 % 66.67	- -	03 % 100
الموع	97 % 32.33	192 % 64	11 % 3.67	300 % 100

من البيانات الواردة في الجدول رقم (112) الذي يبين علاقة مدى تلقي توعية في الوسط الأسري وإكتساب عادات صحية سليمة وتغيير المريض لنمط حياته، نلاحظ أن الإتجاه العام يمثل نسبة 64 % بالنسبة للمرضى الذين لم يغيرون من نمط حياتم. وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في تلقي توعية في الوسط الأسري وإكتساب عادات صحية سليمة على المتغير التابع، فإن المواظبة على الإتجاه العام متمثلة بأعلى نسبة عند فئة المبحوثين الذين يتلقون أحيانا توعية وإكتساب عادات صحية في وسطهم الأسري بنسبة 66.67 % مقابل نسبة 33.33 % غيروا من نمط حياتم. ونسبة منعدمة في صنف محاولة تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

أما بالنسبة للمرضى الذين لا يتلقون توعية وإكتساب عادات صحية في وسطهم الأسري، نجد من بينهم نسبة 64.06 % لم يغيروا من نمط حياتم مقابل نسبة 31.37% غيروا من نمط حياتم ونسبة 4.57 % حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى.

وتنخفض النسبة تدريجيا بالنسبة للمرضى الذين تلقوا توعية وإكتساب عادات في وسطهم الأسري وهم لم يغيروا من نمط حياتم بنسبة 63.89 % مقابل نسبة 33.33 % غيروا من نمط حياتم وهم تلقوا توعية وإكتسبوا عادات صحية في وسطهم الأسري ونسبة 2.78 % حاولوا تغيير نمط حياتم دون أي جدوى وتلقوا توعية وإكتسبوا عادات صحية في وسطهم الأسري.

إن التوعية في الوسط الأسري مهمة جدا لتغيير الممارسات والسلوكات غير الصحية إلى ممارسات صحية، والأسرة هي اللبنة الأولى لتوعية مريضها صحيا ومساعدته معرفيا لكسب ثقافة صحية من جهة والحفاظ على تعاونه مع الطبيب من جهة ثانية. وفي هذا الصدد نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدول السابق أنه توجد علاقة بين تلقي المريض توعية في الوسط الأسري وتغييره لممارساته غير الصحية. فالمرضى الذين يتلقون أحيانا توعية في وسطهم الأسري أقل تغييرا لنمط حياتم، لأن أسرهم لا تشجعهم على ذلك، وهي في حد ذاتا لا تكسب معلومات صحية، أي ليس لها رصيد معرفي لتوعية مريضها، وبالتالي هذا السبب يعيق المريض من تغييره لنمط حياته، وأن المشاكل التي تعاني منها الأسرة قد تكون سببا من أسباب عدم توعية مريضها.

جدول رقم (113): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى مناقشة قرار اللجوء للخدمة الصحية مع أفراد العائلة وتأثيره على الحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب.

الحالات المرضية / مناقشة القرار الطبي	الحالات المرضية الخطيرة	الحالات المرضية البسيطة	أحيانا الحالات البسيطة والحالات الخطيرة	الموع
نعم	200 % 73	73 % 26.65	01 % 0.37	274 % 100
لا	18 % 69.23	08 % 30.77	- -	26 % 100
الموع	218 % 72.67	81 % 27	01 % 0.33	300 % 100

إن القراءة الأولية للجدول رقم (113) توضح لنا أن إتجاهه العام يتجه نحو المرضى الأكثر لجوءا إلى زيارة الطبيب بعد تأزم الحالة الصحية أي في الحالات المرضية الخطيرة فقط بنسبة تقدر بـ 72.67 % من الموع الكلي للمبحوثين.

وبإدخالنا للمتغير المستقل لمعرفة تأثيره على المتغير التابع، تبين لنا جليا أن الإتجاه العام عزز من طرف فئة المبحوثين الذين يناقشون القرار الطبي مع أفراد عائلتهم بنسبة 73 % مقابل نسبة 26.65 % يناقشون القرار الطبي مع أفراد العائلة ويلجئون إلى الطبيب في حالة الأعراض المرضية البسيطة ونسبة ضعيفة في صنف الحالات المرضية البسيطة أحيانا والحالات المرضية الخطيرة أحيانا أخرى وهم الأكثر مناقشة للقرار الطبي مع أفراد عائلتهم، وهي نسبة 0.37 %.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين لا يناقشون القرار الطبي مع أفراد عائلتهم، فنجد من بينهم 69.23 % يلجئون إلى الطبيب في الحالات المرضية الخطيرة مقابل نسبة 30.77 % يلجئون إلى الطبيب في حالة الأعراض المرضية البسيطة.

إن مناقشة القرار الطبي في الوسط الأسري يختلف حسب نمط الأسرة، الفئات العمرية والجنس، وكلها متغيرات تؤثر في السرعة أو التباطؤ في اللجوء إلى الخدمة الصحية، حيث أن مناقشة القرار الطبي يكون أكثر في الأسرة الممتدة، وأن الإناث أكثر مناقشة للقرار الطبي مقارنة بالذكور وحتى المسنين. ويرجع السبب في ذلك، إلى السلطة في الأسرة الممتدة والتي تخضع لشخص واحد وهو الذي يقرر ويعلن القرارات، وهذا يؤخر من سرعة اللجوء للطبيب وتكون الإستشارة الطبية بعد تأزم الحالة الصحية وتفاقمها، وغالبا ما يلجأ أفراد هذه الأسر إلى إستخدام الطب الشعبي ورعاية المريض بطرق تقليدية.

إن الأسرة هي المرجع الأساسي في تحديد نوعية القرار الطبي والسرعة أو التباطؤ في إستشارة الأطباء لأن المرض في حد ذاته هو مشكلة كل أفراد الأسرة وليس فقط مشكلة المريض وحده. ويؤكد الدكتور علي الميكاوي في دراسته حول الأبعاد الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية بأن "هناك فروقا واضحة بين دور الأسرة النووية والممتدة في الخدمة الصحية. فالأسرة الممتدة تتاح فيها فرصة خدمة المريض وإعفائه من معظم مسؤولياته وأعماله الأساسية، ويضطلع با أعضاؤها الآخرون على حين يتعذر ذلك في حالة الأسرة النووية وأحيانا في الأسرة الممتدة المعدلة، حيث تعجز في الغالب عن تدبير عضو يحل محل العضو المريض في أعماله ومسؤولياته".[1] ويعتبر إتخاذ القرار الطبي مظهر من المظاهر لدور الأسرة، فهو يمثل نقطة بداية مواجهة المرض، إتخاذ قرارات، توصيات الطبيب وسرعة اللجوء لإستشارة الطبيب أو التباطؤ. فالأسرة النووية نظرا لقلة حجم أفرادها، فإن قرارها الطبي باللجوء إلى الطبيب يكون أسرع عكس الأسرة الممتدة التي تتباطأ في إستشارة الأطباء بعد تطور الحالة المرضية، فالقرار با يتوقف على كثرة عدد أفرادها، السلطة والنفوذ المعروفان با وكثرة المسنين المتمسكين بالطب الشعبي والممارسات التقليدية في علاج الأمراض المزمنة. ونقول بأن هذا النمط من الأسر يعرف تكفلا وتضامنا، لأن الذهاب إلى الطبيب يفترض توفر أموالا ونفقات عكس ذلك في الأسرة الممتدة التي تعرف التضامن الذي يجعل أفرادها يتخذون قرارات ويتناقشون حول أعباء، تكاليف ونفقات العلاج. ومن جهة أخرى، فإن إتخاذ القرار الطبي في الأسرة يختلف من جنس إلى آخر، حيث أن الإناث أكثر مناقشة للقرار الطبي مع أفراد عائلتها باللجوء إلى الطبيب مقارنة بالذكور، ويرجع السبب في ذلك أن المرأة بطبعها في الأسرة الجزائرية وخاصة المرأة المتزوجة تفرض عليها قيمها وعاداتا وحتى الدين طاعتها لزوجها ورب العائلة أن تتخذ مشورته في كل الأمور حتى في الأمور الصحية. وإذا كانت غير متعلمة فإنا

(1) علي المكاوي، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص 233.

تلجأ إلى إستعمال الوصفات التقليدية بكثرة بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة، وعند تفاقم المرض تناقش القرار الطبي مع أفراد عائلتها، ويكون إتخاذها للقرار الطبي باللجوء إلى الخدمة الصحية بطيئا.

المطلب الثالث: التكفل المادي وعلاقته بقدرة المريض على تغيير نمط حياته:

يعتبر التكفل المادي من أهم الإلتزامات الأسرية التي تساعد وتقوي عزيمة المريض على تقبل المرض والعيش معه بطريقة عادية. وعليه نحاول في هذا العنصر إبراز مدى وجود علاقة بين التكفل الأسري بالمريض وثقافته الصحية. ولقد حددت المؤشرات لهذا التكفل من خلال تخصيص ميزانية للمريض وعلاقة ذلك بإستعمال الريجيم بصفة منتظمة، علاقة النفقة في العلاج وتنفيذ نصائح الطبيب.

جدول رقم (114): يوضح توزيع أفراد العينة حسب تخصيص أسرة المريض ميزانية وإستعمال الريجيم.

إستعمال الريجيم / تخصيص ميزانية للمريض	نعم	لا	الموع
نعم	22 %40	33 %60	55 % 100
لا	95 % 38.78	150 % 61.22	245 % 100
الموع	117 % 39	183 % 61	300 % 100

جدول رقم (115): يمثل توزيع أفراد العينة حسب النفقة في العلاج وتنفيذ نصائح الطبيب.

تنفيذ تعليمات الطبيب / النفقة في العلاج	نعم	لا	الموع
نعم	52 % 39.10	81 % 60.90	133 % 100
لا	63 % 37.72	104 % 62.28	167 % 100
الموع	115 % 38.33	185 % 61.67	300 % 100

إن بيانات الجدول رقم (114)، تبرز بأن الإتجاه العام للجدول، هو فئة المبحوثين غير المتبعين لنظام غذائي، وذلك بنسبة 61 %، وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو تخصيص ميزانية للمريض، تبين أن الإتجاه العام عزز من طرف المرضى غير المخصص لهم، وذلك بنسبة تقدر بـ 61.22 % من المبحوثين مقابل نسبة 38.78 % من المبحوثين لا تخصص لهم ميزانية وهم يتبعون نظام غذائي.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين تخصص لهم ميزانية، فمثلوا نسبة 60.90 % من المبحوثين لا يتبعون نظام غذائي مقابل نسبة 39.10% يستعملون ريجيم غذائي.

لقد أوضحت بيانات الجدول رقم (115)، أن الغالبية العظمى من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبة 61.67 % من مجموع المرضى. وبإدخالنا للمتغير المستقل وجدنا أن النسبة الغالبة من أفراد العينة الذين لا ينفذون نصائح الطبيب يمثلون نسبة 62.28 % من المبحوثين لا يتلقون مساهمة مالية في نفقات العلاج مقابل نسبة 37.72 % من المرضى ينفذون نصائح الطبيب ولا يجدون مساهمة في نفقات العلاج.

أما المبحوثين الذين يتلقون المساهمة في نفقات العلاج نجد نسبة 60.90 % من بينهم لا ينفذون نصائح الطبيب مقابل نسبة 39.10 % من المبحوثين ينفذون نصائح الطبيب.

تعتبر الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها المريض أحد العوامل المؤثرة في تنفيذ التعليمات الطبية. وقد يكون الوضع المادي المنخفض سببا من أسباب فشل المريض في تنفيذ نصائح الطبيب وفي العلاقة بينهما، خاصة في حالة الأمراض المزمنة. وهذا ما لمسناه من خلال دراستنا هذه، إذ أن الأسرة التي لا تخصص لمريضها ميزانية، فإن الغالبية من المبحوثين لا يتقيدون بالريجيم، وهذا راجع إلى ظروفهم المعيشية الصعبة وكثرة الإحتياجات الأسرية. فعدم التكفل ماديا بالمريض راجع إلى إنخفاض القدرة الشرائية وإنتشار الفقر، وكما هو معروف فإن إستمرارية المرض المزمن يفرض على أسرة المريض مجموعة من النفقات التي يفترض عليها تسديدها.

إن عدم تخصيص ميزانية للمريض وعدم تقيده بالريجيم راجع إلى الوضع المادي المتدهور لأسرته وكثرة أفرادها، مما يؤدي إلى عدم التوازن بين النفقات الأسرية ومواردها المالية وقلة المنتجين وكثرة المستهلكين فيها. فهذا العامل يؤثر في ثقافة المريض وفي تتبعه لنصائح الطبيب. فهذه العوامل التي ذكرناها، تحدث تغير في إستراتيجية تسيير المرض، حيث أن المريض في بداية الأمر يستعمل الريجيم، ولكن مع مرور الوقت الأسرة لا توفر له ميزانية لسد حاجياته منها الغذائية. لهذا تتغير إستراتيجية تسيير المرض، وتصبح إستعباطيا، تارة المريض يستعمل الريجيم وتارة لا يستعمله بسبب وضعه المادي كتصريح هذه المريضة " كي نشوف روحي مليحة نحبس الريجيم والدوا، وكي نشوف روحي ماشي مليحة ندير الريجيم ونشرب الدوا، ما عنديش الدراهم باش كل دايمن ندير الريجيم". وعليه يمكن القول بأن المرض مؤثر على الحياة الإقتصادية للأسرة تأثيرا بالغ الأهمية سواء من الناحية الإقتصادية، الإجتماعية وحتى النفسية. وفي هذه الحالة المرض يؤثر في التسيير المادي للأسرة، حيث أن مرض أي فرد من أفرادها يؤدي إلى تذبذبات إقتصادية للأسرة. فالتأثيرات التي تكتنف وضعها المادي للأسرة المرض تبرز لنا كيفية تسييرها لمواردها المالية في نطاق المرض من خلال التكاليف العلاجية، خاصة إذا كان المريض غير مؤمن إجتماعيا، وهو العائل الرئيسي للأسرة. مثلا مرض الزوج يخلق مشكلات عائلية على جميع المستويات خاصة المستوى الإقتصادي للعائلة، فمرض الزوج يسبب "إضطرابات مادية ناشئة عن توقف الدخل أو نقصانه (...) خاصة إذا لم تستطيع مدخرات الأسرة أن تواجه الموقف الجديد الناشئ عن مرض

عائل الأسرة وهو مصدر الدخل فيها".[1] ونتيجة إنخفاض المستوى المعيشي والقدرة الشرائية للفرد الجزائري، فإن المريض لا تلبى حاجياته بما فيها النظام الغذائي. وقد تعجز الأسرة ماديا على التكفل به، وهذا يؤدي به إلى عدم التمسك بالعادات الغذائية والتأثير في ممارساته، لذا نقول بأن ثقافته الصحية تتأثر بوضعه المادي.

وبإستخدام إحدى معاملات الإرتباط وهو معامل الإقتران إتضح أنه توجد علاقة طردية درجتها ضعيفة جدا بين المساهمة في نفقات العلاج وتنفيذ المريض لنصائح الطبيب، إذ قدر هذا المعامل بـ 0.03.

جدول رقم (116): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المنطقة الجغرافية والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة / المنطقة	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة متوسطة يوم-يومين	متوسطة 3-4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	طويلة جدا أكثر من 15 يوم	الموع
مدينة	27 % 13.23	66 % 32.35	24 % 11.77	48 % 23.53	39 % 19.12	204 % 100
قرية	08 % 13.79	08 % 13.79	09 % 15.52	26 % 44.82	07 % 12.07	58 % 100
ريف	02 % 5.26	09 % 23.68	05 % 13.16	17 % 44.73	05 % 13.16	38 % 100
الموع	37 % 12.33	83 % 27.67	38 % 12.67	91 % 30.33	51 % 17	300 % 100

نلاحظ من خلال هذا الجدول رقم (116)، أن أكبر نسبة تتجه نحو المرضى الذين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة من 5 إلى 15 يوم، وذلك بنسبة تمثل 30.33 % من الموع الكلي للمبحوثين. وأن هذه النسبة دعمت من طرف أفراد العينة المقيمين بالريف بنسبة 44.73 % مقابل نسبة 23.68 % فترة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب تتمثل في المدة القصيرة ونسبة 13.16 % في صنف مدة متوسطة ومدة طويلة جدا. وأخير نسبة تقدر بـ 5.26 % في صنف مدة قصيرة جدا.

أما بالنسبـة للمبحوثين الذين يقطنون بالقرية، فنجد من بينهم 44.82% في صنف مدة طويلة مقابل 15.52 % في صنف مدة متوسطة، نسبة 13.79 % في كلا من صنف مدة قصيرة جدا ومدة قصيرة ونسبة 12.07 % في صنف مدة طويلة جدا.

أما بالنسبة للمنطقة الحضرية وهي المدينة، فنجد أن نسبة 23.53 % من المبحوثين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة مقابل نسبة 32.35% في صنف مدة قصيرة، نسبة 19.12 % بالنسبة للمبحوثين الذين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة جدا ونسبة

(1) سامية محمد جابر وآخرون، الأسرة والتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 369.

13.23% في صنف مدة قصيرة جدا. وآخر نسبة نسجلها بالنسبة للحضر هي عند فئة المبحوثين الذين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة المتوسطة وهي 11.77 %.

نستنتج من الجدول السابق، أنه توجد علاقة بين المنطقة الجغرافية للمريض وسرعة اللجوء للخدمة الصحية، حيث أن أغلبية المبحوثين يتباطؤون في زيارة وإستشارة الأطباء خاصة المرضى من الريف، وهذا راجع إلى عدة أسباب أهمها أن معظم الأسر في الريف هي أسر ممتدة وإتخاذ القرار الطبي با يكون متأخرا نتيجة تجريب كل البدائل العلاجية. فهذه المناطق غالبا ما تستعمل وصفات شعبية تقليدية لعلاج ورعاية مريضها، ويرجع السبب أيضا إلى أن القرار الطبي يتطلب نقاشات في الوسط الأسري، لأن الذهاب للطبيب يفرض نفقات العلاج، وهنا النفقات تقع على كامل أفراد الأسرة العاملين فيها. وقد يكون عدم توفر وسائل النقل وحتى الوسائل المادية سببا في التأخر في إستشارة الأطباء بالنسبة للمريض الريفي. فبعد المستشفى أو المؤسسة الصحية تعتبر أيضا سببا في التباطؤ . وحتى أن ثقافة الريفي في طرق الشكوى تكون سببا في التباطؤ لزيارة الطبيب عكس ثقافة المريض الحضري، لأن الفقير صبور، كتوم، متماسك الألم ورزين في شكواه عكس المريض الحضري الكثير الشكوى يلجأ للطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية.

- إستنتاج الفرضية الخامسة:

من خلال تفسيراتنا لمجموعة الجداول الإحصائية لإختبار الفرضية الثانية، نستنتج ما يلي:

إن مرض السكر، الضغط الدموي والقلب من الأمراض العضوية المزمنة التي غالبا ما تتأثر بالإنفعالات والخوف و المشاكل الأسرية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المريض بأحدى هذه الأمراض ليس بإستطاعته مواجهة المرض لوحده، فهو غير مسؤول عن مرضه، لا بد من مساعدته وتقديم له يد العون. وتعتبر الأسرة البيئة التي لها دور فعال في التكفل بمريضها، أي لها واجبات وإلتزامات نحوه. وفي هذا الإطار كلما كانت الأسرة تقوم بدورها إتجاه مريضها كلما إنتهج ممارسات صحية وزاد وعيه الصحي. وعلى ذلك تبين لنا أنه توجد علاقة بين دور الأسرة في التكفل المعرفي بمريضها وزيادة وعيه الصحي، حيث أن أغلبية المرضى لا يملكون معلومات صحية، وهم لم يتلقوا معلومات صحية في وسطهم الأسري، وهذا ما يدل على أن الأسرة لا تحاول مساندة مريضها معرفيا. كما أبرزت النتائج أن تقديم معلومات صحية في الوسط الأسري أثر على تنفيذ تعليمات الطبيب، فالمرضى الذين لا ينفذون إرشادات الطبيب هم من فئة المبحوثين الذين لا يتلقوا معلومات في وسطهم الأسري، يعني أن المريض يعتمد فقط على المعلومات التي يقدمها له الطبيب والشبه طبي بالدرجة الأولى. وقد نجد أيضا أن أفراد عينتنا يحاولون التحدث عن مرضهم في الوسط الأسري، والأغلبية منهم لا ينفذون تعليمات الطبيب، وهذا راجع مثلا على أن الأسرة لا تزود مريضها بالمعلومات الصحية، وبالتالي هو يحاول خلق جو معرفي لعله يستفيد منه.

أما من جانب التكفل البسيكو- إجتماعي بالمريض في الوسط الأسري، فنجد أن له علاقة مع رغبة المريض في البحث عن شفاء لحالته المرضية والتعاون مع الطبيب، إذ أن التضامن في الوسط الأسري يؤثر على تنفيذ نصائح الطبيب. كما أن التفكير في المرض قد يخلق للمريض مشاكل نفسية لا تحمد عقباها، وهنا يظهر دور الأسرة في التخفيف على المريض وإخراجه من هذه الدوامة، لكي لا ينشغل بمرضه وينسى أوامر طبيبه. وهذا ما كشفت عنه دراستنا هذه، إذ أثبتت أن المرضى غير المنفذين لتعليمات الطبيب هم الأكثر تفكيرا في مرضهم المزمن. كما إتضح أن للعامل النفسي دور كبير في التعاون مع الطبيب، حيث أنه المريض إذا أحس أن عائلته تقدم له الدعم النفسي فإن ذلك يحفزه على طاعة الطبيب، أي خلق في نفسيته الرغبة والإرادة في مواجهة المرض المزمن. وفي هذا الصدد فإن معظم المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب هم في الحقيقة يتلقون الشفقة وأيضا عدم الإهتمام والكراهية في وسطهم الأسري. هذا يدل على أن الأسرة لا تقوم بواجبها، بإعتبارها البيئة الإجتماعية التي تلبى فيها كل رغبات الفرد، ولكن الحقيقة تثبت عكس ذلك، فنوعية المعاملة للمريض لها تأثير وإنعكاسات على تنفيذ نصائح الطبيب. إذ تبين لنا جليا أن نسبة كبيرة من المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب وهم يتلقون معاملة سيئة في وسطهم الأسري، وهذا ما يقودهم إلى ممارسة سلوكات غير صحية، لأنه لا يوجد الإهتمام بم. وقد تكون المشاكل التي يمر با المريض في حياته اليومية سببا من

أسباب التخلي عن إرشادات الطبيب، خاصة المشاكل الأسرية، وهذه المشاكل أثرت على صحة المريض، حيث أن أغلبية المرضى صرحوا بأن أسرهم لا تقدم لهم السند وتحاول التخفيف عليهم لتجاوز المحنة. ويمكن القول أن إضطراب العلاقات الأسرية يؤدي إلى إنعدام الرغبة لدى المريض في معالجة مرضه وتسييره بطريقة جيدة، وهذا نابع كله من عدم قدرة الأسرة على التكفل بمريضها و حلها للمشاكل العويصة بطرق سلمية يسودها الحوار والنقاش وبعيدة كل البعد عن أعين المريض، لتفادي التعقيدات الصحية، التي قد تحصل نتيجة مثلا إرتفاع نسبة السكر في الدم أو إرتفاع الضغط الدموي. و في هذه الحالة قد يصعب تماما الشفاء من هذه المضاعفات التي تعتبر من أخطر المشاكل الصحية التي يعاني منها مرضى داء السكري. ففي بحثنا هذا كشفت لنا النتائج أن معظم المبحوثين لا ينفذون تعليمات الطبيب، حيث أن الأغلبية منهم وسطهم الأسري يخلوا من الحوار والنقاش. وهذا يعني أن الأسرة منغلقة على نفسها لا يوجد إتصال وتفاعل بين أعضائها مما يؤدي إلى خلق توترات وصراعات في العلاقات الإجتماعية بينهم. وقد يهمل المريض صحته ولا يبالي بتغيير نمط حياته، لأن الأسرة لا توفر له الهدوء النفسي. وعليه فإن حالة المريض الصحية لا تقاس فقط بالمعلومات الطبية، وإنما تقاس كذلك بالبيئة الإجتماعية و الوسط الأسري الذي يتواجد فيه هذا الفرد، الذي يطلب العلاج والمساعدة الطبية.

وتكملة للإستنتاج السابق، فإن تكهرب العلاقات الأسرية يؤثر تأثيرا سلبيا على راحة المريض من جميع النواحي و تمتعه بالحب و الحنان، حيث أن الأسرة الجزائرية منذ القديم معروفة بالتماسك والترابط بين أعضائها عند إصابة أي فرد من عائلتها بخطر، لأن هذا المرض يهدد كيانا، و لكن في بعض الحالات قد تكون مشاكل عويصة تدد هذه الأسرة و تفوق طاقتها، حيث لا تستطيع هذه الجماعة الإجتماعية حل مشاكلها بعيدة عن المصاب و بطرق سلمية، و هذا حتما ينعكس سلبا على صحة الفرد المريض، و نتيجـة عدم الشعور براحة البال و الطمأنينة و الحب و التآزر و التضامن، فإن حالته الصحية تتدهور يوما بعد يوم، فكل فرد في هذه الأسرة يحاول الهروب من قوقعة هذه الظروف، و بالتالي يجد إما الشارع ملجأ له لقضاء بعض الوقت أو أي مكان آخر، لكن المريض يبقى حتما ضمن هذه البيئة السلبية التي تصب بفضلاتا على تفكيره، ففي هذه الحالة هذا الشخص المريض لا يصبح يحتل الصدارة وهو آخر شيء يهتم به. لقد كشفت دراستنا، بأنه توجد علاقة بين نوعية العلاقات الأسرية و مدى تنفيذ المريض لنصائح طبيبه، حيث أن الأسر التي يسودها إضطراب، أفرادها هم أكثر الأشخاص الذين لا يتعاونون مع الطبيب، و يرجع ذلك أساسا إلى المشاكل العويصة التي تمر با الأسرة و مدى تأثير ذلك على طبيعة المعاملة للمريض، بحيث لا تلبى له حاجياته حتى المعنوية منها، لذا نجده يعيش مرارة المواقف المحبطة. و كثير ما تترجم مشاعر هذه الأسر أثناء معاملتهم و التكفل بالمصاب، وبالتالي فإن المرضى في هذه الحالة يصبحون أكثر حساسية وقابلية للأمراض الأخرى، و غالبا ما يشعرون بأنهم مهمشين وغير مقبولين في وسطهم الأسري.

إن إدماج المريض في الوسط الإجتماعي و إخراجه من العزلة الإجتماعية له علاقة مع إضطراب صحي وهذا بسبب الإهمال والجهل واللامبالاة، حيث أن النسبة العظمى من المبحوثين هم الأكثر إنطواءا أو فردانية على النفس، و نجدهم لا يتحدثون ولا يتحاورون مع أفراد أسرتم، وهم يلجئون دائما للعزلة. و يمكن إرجاع عدم إندماج المريض في الوسط الأسري بإستمرار، إما إلى حساسيته المفرطة أو إلى وسطه الأسري وكيفية معاملة الأفراد له، إما معاملة سيئة أو مقبولة أو حتى عدم إعطاء له أهمية كأنه شيء غير موجود، بإعتباره يشكل عائقا و عبئا ثقيلا .

ونستنتج مما سبق أنه يتطلب على الأسرة التي يتواجد في وسطها مريضا أن تقوم بإدماجه في محيطه العائلي و تأهيله في المتمع و إخراجه من عزلته الإجتماعية، وبتقبله من طرف كل المحيطين به، لأن الذنب ليس ذنبه إذا كان مريضا، و بفضل ذلك يصبح إنسان عادي كبقية أفراد الأسرة، و هذا ما سيساعده حتما على تخطي مرحلة الخطر و نسيان المرض و العيش حياة سعيدة ملؤها الحب، الحنان و السعادة، بعيدا عن الخوف. وحقيقة وجدنا مرضى في هذه الحالة، النظرة الأولى لهم تكشف بأنم ليسوا مصابين بداء السكري وهم أكثر محبة و سعادة في الحياة، و حتى أن البعض منهم يمارس هواية أو أي شيء ينسيه هموم المرض، و هذه الفئة أكثر مساعدة من طرف أسرتا، التي تحاول إدماجها و إخراجها من العزلة الإجتماعية.

إن الأمراض المزمنة تتطلب العلاج مدى الحياة، فإن المريض بذا النوع من الداء تزداد تكاليفه مع مرور الزمن، نظرا لما تتطلبه مصاريف العلاج والتحاليل الطبية، وحتى مساعدات من نوع آخر، منها المعنوية. وهذا يتوقف كله على طاقة الأسرة. وعليه فإن نتائج الدراسة أثبتت وجود علاقة بين مدى تقديم المساعدة في الوسط الأسري للمريض والتعاون مع الطبيب، حيث أن الفئات التي لا تقدم لها المساعدة من الأسرة هي الأكثر تاونا في تنفيذ نصائح الطبيب، و يرجع ذلك ربما إلى الظروف المحيطة بذه الأسرة، و عدم قدرتا على تلبية الطلبات المتكررة، بحيث المريض يفترض وضع له ميزانية خاصة به، من الناحية الإقتصادية و مرافقته لزيارة الطبيب ومساعدته معنويا ورعايته جيدا في المنزل، فهذا الشخص إذ شعر بأنه غير معتنى به، فإنه يضطرب ويعاني الكثير من هذه الوضعية الصعبة، مما يؤدي إلى سوء حالته الصحية.

فإهتمام الأسرة بمريضها له تأثير إيجابي على صحة المريض وعلى توفر العزيمة في البحث عن شفاء لحالته المرضية وطاعة طبيبه، يعني ذلك أن المريض في هذه الحالة يرتاح نفسيا، لأن الجماعة المحيطة به تقدم له المساعدة و تعتني به خوفا على مشاعره، بإعتباره جزءا من هذه الجماعة و ما يلم به من خطر على كيانا و سيرورتا، ولكن الحقيقة تنعكس بالنسبة لأفراد عينتنا الذين تم إستجوابم، بحيث أن الأغلبية الساحقة من فئة المرضى المبحوثين يعانون من أمراض عضوية، وجلهم لم يتلقوا نصائح و إرشادات في وسطهم الأسري أثناء عدم التقيد بالعلاج الصحيح، وهذا يؤكد لنا نتيجة هامة هي أن الأسرة الجزائرية توجه نصائح للمريض في بادئ الأمر، لكن مع مرور الوقت عندما تلاحظ أنه لا يتبع العلاج جيدا والنصائح، فإنا لا تبالي بصحته وتجعله يتصرف

كما يحلوا له، حتى ولو أن هذا الأمر سيضر بصحته، ففي هذه الحالة فإنه يهمل صحته و يكون عنيدا جدا ولا يتبع و لا يتقبل النصيحة.

لقد أثبتت نتائج الدراسة الميدانية، أن تشجيع المريض على طاعة الطبيب وحتى تقديم له الدواء وشرحه له وأيضا مرافقته للطبيب كلها متغيرات تؤثر في تنفيذ نصائح الطبيب، حيث تبين لنا أن الفئة التي لا تنفذ تعليمات الطبيب تتلقى أحيانا فقط تشجيعات للمريض لطاعة الطبيب، وأيضا أن الأغلبية التي لا تنفذ تعليمات الطبيب لا تتقدم لها شروحات حول الدواء في الوسط الأسري. وفي هذا السياق، فإن مرافقة المريض لإستشارة الطبيب لها علاقة مع إتباع إرشادات الطبيب.

إن المريض قد يلجأ إلى الشكوى في حالة تعرضه للمشاكل الصحية، وقد أثر ذلك على المراحل المتبعة أي السلوك الصحي المتبع في حالة المرض، حيث تبين أن أغلبية المرضى يلجئون إلى العلاج التقليدي لعلاج مشاكلهم الصحية والأغلبية من هؤلاء لا يعلنون عن مرضهم دائما بل أحيانا فقط بإحتشام، مما يؤثر ذلك في ممارساتم الصحية. وفي مجال آخر إتضح لنا أن المرضى الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب أغلبهم لم يتلقون توعية في وسطهم الأسري. مما إنعكس ذلك على وعيهم الصحي. ونجد أيضا أن الأغلبية الساحقة من المرضى تلجأ إلى الطبيب في الحالات التي تكون فيها الأعراض خطيرة جدا، أي المرض الفعلي وهذا إرتباط مع مناقشة القرار الطبي في الوسط الأسري، إذ أن الأغلبية من هذه الشريحة تناقش القرار الطبي، أي حتى تأخذ الإذن من العائلة. كما أن هذا القرار الطبي قد يتوقف على نمط الأسرة وحتى على جنس المريض وسنه، مثلا النساء يناقشن القرار الطبي أكثر من الرجال، وأيضا الأطفال والمسنين هم الأكثر مناقشة للقرار الطبي.

أما فيما يخص لدور الأسرة في مجال التكفل بمريضها ماديا وعلاقة ذلك بممارساته الصحية، فقد تبين أن أغلبية المرضى لا يتبعون نظام غذائي معين في وسطهم الأسري وهم الأكثر الذين لا تخصص لهم ميزانية شهريا، ويرجع ذلك إلى العجز المادي الذي تعاني منه الأسر، بإعتبار أن أغلبية المرضى أناس بسطاء، حيث تحتم الظروف الإقتصادية الصعبة للأسرة بمنع إشباع حاجيات المريض العديدة، منها نفقات العلاج والتغذية الجيدة. وعليه فإن مظاهر الإحباط والكبت لرغباته تتعدد. وإستنادا على ذلك لا ينفذ المرضى تعليمات أطبائهم والأغلبية منهم لا تدعمهم أسرهم بالنفقة على العلاج.

وما لاحظناه وإستنبطناه من دراستنا هي أن المنطقة الجغرافية تؤثر في سرعة اللجوء للطبيب، إذ أن نسبة كبيرة من المرضى يتباطئون في اللجوء للخدمة الصحية، حيث أن مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة طويلة والأغلبية منهم هم من القرية ثم الريف، وهذا راجع إلى عدة عوامل.

وإستنباطا على النتائج السابقة، فإن الأسرة الجزائرية لا تقوم بواجباتا إتجاه مريضها، منها التكفل الإجتماعي، النفسي والمادي مما أثر ذلك في رغبة وقدرة المريض على تغيير نمط حياته، أي التأثير في ثقافته الصحية. وعليه فقد تحققت فرضية بحثنا في عدة جوانب كما ذكرناها سابقا.

- الإستنـتـاج الـعـام :

إستنادا على الخطوات السابقة التي إنتهجناها في دراستنا إبتداءا بأهم التحليلات التي قمنا با، نستشف مجموعة من النتائج التي كانت حوصلة لتأكيد أو تحقيق أو نفي فرضيات البحث التي طبقت على عينة متكونة من 300 مريض مصاب بداء السكري، الضغط الدموي أو القلب. وإتضح جليا أن هناك علاقات سببية توجد بين المتغيرات السوسيو-إقتصادية والثقافية وإكتساب الثقافة الصحية. وفي هذا الصدد يعتبر التفاعل بين الطبيب والمريض أهم عامل يساعد على توعية المريض صحيا.

فحسب الأهداف المسطرة من أجلها هذه الدراسة، سنقدم عرضا وجيزا لأبرز النتائج المتوصل إليها، وهي على النحو التالي:

القسم الأول: نخصص هذا القسم **لتقديم خصائص أفراد العينة** كما يلي:

أثبتت نتائج الدراسة التي قمنا با أن الأمراض المزمنة وعلى رأسها داء السكري، الضغط الدموي والقلب تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور، حيث أن الإصابة قدرت بنسبة 64.67% عند الإناث مقابل نسبة 35.33% عند الذكور.

إن فئات السن المتوسطة والمسنة، ما بين [45-60سنة[و [60-75سنة[هي الفئتين الأكثر تعرضا لهذه الأمراض مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، حيث قدرت نسبة الفئة العمرية [45-60سنة[بـ 35% وفئة السن [60-75سنة[مثلت نسبة 32.33%. وفي هذا الصدد قدر متوسط العمر بـ 56.2 سنة. وهذه النتيجة في غاية الأهمية لأن المرض المزمن في العمر الوسطي يؤثر بطريقة مباشرة على التنمية، وقد يكلف الدولة كثيرا من ناحية التكفل بذه الشريحة.

وتكملة للنتائج السابقة الذكر، تبين أن المتزوجين أكثر إصابة بذه الأمراض المزمنة، وذلك بنسبة تقدر بـ 74% من أفراد مجتمع البحث، ويرجع ذلك إلى كثرة التعرض للمشاكل وتعدد الأدوار الإجتماعية لهذه الفئة من المرضى. ويعتبر الوسط الحضري منبع للأمراض والمشاكل بكل أنواعها، عكس الريف الذي يعرف الهدوء والإستقرار، وفي هذا الال فقد كشفت لنا الدراسة أن نسبة 68% من المبحوثين منطقتهم السكنية هي المناطق الحضرية عكس الريفيين الذين قدرت نسبتهم بـ 12.67% من أصل 300 مريض. ويمكن القول أن هناك إرتباط قوي بين الإصابة بالأمراض المزمنة خاصة داء السكري، الضغط الدموي والقلب والمنطقة الجغرافية لأن البيئة الحضرية تعرف كثافة سكانية وتزداد با متاعب وضغوطات الحياة التي تؤثر على الحالة الصحية والنفسية للفرد.

إن أفراد عينتنا ينصب مستواهم التعليمي في المستوى المتدني أي الأمي بنسبة تقدر بـ 46.67% من المبحوثين، وهذا يؤثر على إكتسابم للمعرفة الصحية وحتى على طرق وعلاج مرضهم المزمن. وتبين جليا لنا أن الإصابة بذه الأمراض تنحصر عند الماكثات بالبيت بنسبة 43% من أفراد العينة، وهذا بسبب

تعرضهن أكثر إلى الضغوطات العائلية. كما أوضحت نتائج البحث أن أغلبية المبحوثين ذو مستوى معيشي منخفض، حيث إنحصرت الإصابة في فئة الدخل الشهري الأسري الأقل من مليون، وذلك بنسبة 59.33% من المرضى. وبالنسبة لنوعية السكن، فإن نسبة 36.67% من أفراد العينة يقطنون في منازل فردية. وأخيرا فإن داء السكري يحتل المراتب الأولى في الإصابة بين أفراد مجتمع البحث، حيث قدرت النسبة بـ 22.33% من المبحوثين مصابين بمرض السكري فقط.

القسم الثاني: نتائج الفرضيات:

الفرضية الأولى: التفاعل بين الطبيب والمريض في النسق الطبي ينمي الوعي الصحي.

إن الطبيب هو الوسيلة التي يحاول المجتمع من خلالها معالجة المرض، إذ أنه يسعى إلى إحداث ضبط إجتماعي في المجتمع إنطلاقا من دوره الإجتماعي المتمثل في معالجة المرضى وتنمية وعيهم الصحي. أي تربيتهم صحيا ويعني ذلك محاولة تزويدهم بالمعلومات الصحية، تغيير أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة بدف إحداث نوع من التنمية الإجتماعية. وفي هذا الصدد يقوم الطبيب بذا الدور بطريقة مباشرة أو غير مباشرة سواء كان يتقن ذلك أم لا، فمن خلال معالجته للمريض يقدم له نصائح وإرشادات، وقد يحدث تجاوبا بين الطرفين في بعض الحالات التي يطيع المريض طبيبه ويتعاون معه. ومن خلال التلاقي بينهما تبدأ العلاقة تنمو وتأخذ أبعد حد، ممكن أن تتصف بالإيجابية في حالة التوافق بين الطبيب والمريض أي أن هذا الأخير ينفذ كل نصائح طبيبه ولا يتعارض معه خاصة في حالة الأمراض المزمنة. ويمكن أن يحدث العكس إذا فسخ المريض العقد المبرم بينه وبين طبيبه، وبالتالي تتخلل هذه العلاقة صراعات وتوترات، وتصبح شبه روتينية مبنية على التشخيص بالدرجة الأولى.

ومن خلال دراستنا هذه فإن الطبيب يقوم بدور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، ولكن للأسف الشديد المرضى لا ينفذون تعليمات أطبائهم نظرا لعدة عوامل ذكرها الأطباء وعلى رأسها الظروف المعيشية الصحية وحتى العادات والتقاليد المرتبطة بالصحة. وفي هذا الصدد توجد عدة عوامل تعيق الطبيب على أدائه لدوره، ألا وهي قلة الوقت المخصص لكل مريض، كثرة المرضى وإنشغال الأطباء في أعمال متعددة. وبالرغم من ذلك، فإننا نجد الطبيب يحاول القيام بدوره كما يفترض، إلا أنه يجد عدم الإصغاء من الطرف الثاني ألا وهو المريض. وعليه يمكن القول أن التفاعل الإيجابي بينهما يساعد كثيرا في إكتساب المعرفة الصحية، ويعتبر الإتصال متغير قوي لإستمرار العلاقة طبيب-مريض.

الفرضية الثانية: المستوى التعليمي للمريض له علاقة بإكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته.

إن المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا فعالا في إكتساب المعرفة الصحية، توفر الإرادة والتمسك بالعادات الصحية، ويكمن ذلك في الوعي الصحي الذي ينمو مع الوقت. وقد يكون الطبيب سببا في توفر الثقافة الصحية عند المصاب بمرض مزمن، حيث أنه يقوم بعملية توعيته بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من

خلال عمله اليومي الذي يوفر له وسط مميز لتربية المريض صحيا بالرغم من الصعوبات التي تواجهه. إذ أن المرضى الأكثر تعليما هم الأكثر إكتسابا للمعرفة الصحية. وهذا ما يجعلهم أكثر حرصا على صحتهم، فهم يبحثون عن فهم لجميع خصائص مرضهم المزمن وأهم المشاكل المحتمل التعرض لها بسبب الإهمال. فهذه الشريحة من المرضى تكون أكثر وعيا للوقاية من التعقيدات الصحية، ويعود ذلك إلى المراقبة المستمرة للصحة والحرص الشديد. ونتيجة نشر التثقيف الصحي بين المرضى، فقد صرّح أغلبية المرضى بكفاية المعلومات الصحية التي قدمها لهم الطبيب، ولكن ترتفع النسبة أكثر عند فئة الأميين. فكلما إنخفض المستوى التعليمي للمريض، كلما إرتفعت نسبة كفاية المعلومات الصحية المقدمة من طرف الطبيب. وهذا يدل على أن الأميين يقتنعون بكل ما يقدم لهم بسبب غياب المعرفة الصحية لديهم، فهم يتقبلون كل شيء ويعتبرونا جيدة بالرغم من النقص الفادح في المعلومات . وعلى الرغم من ذلك، فهذا يدل على أن للطبيب دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض. وفي هذا السياق، فإن من أهم المهام الموكلة لهذا الأخير هي البحث عن معلومات صحية لإثراء معارفه الطبية، وهذا للتكيف مع مرضه بطريقة صحيحة. وفي دراستنا هذه إتضح لنا جليا أن أغلبية المرضى يعتمدون كليا على أطبائهم دون بذل مجهودات أخرى، حيث أن نسبة كبيرة من المبحوثين لم يبحثوا عن معلومات صحية أخرى، وترتفع النسبة أكثر كلما إنخفض المستوى التعليمي. فالأميين غير قادرين على البحث عن معلومات صحية بسبب جهلهم وعدم قدرتم على إستيعاب المعرفة الصحية، وإن وجدت نسبة من المبحوثين بحثت عن معلومات صحية، فإن لوسائل الإعلام دور في ذلك، فهي توصل الرسالة الصحية بطريقة مباشرة للفرد، دون إشراكه في ذلك، ولها أهميتها البارزة. وهذا يقودنا إلى القول أن الرصيد المعرفي للمريض له علاقة بمستواه التعليمي، حيث أن مجموعة كبيرة من المبحوثين لا تتوفر لديهم معرفة صحية حول مرضهم المزمن، وهم من المستويات التعليمية المنخفضة مما ينعكس ذلك سلبا على صحتهم. فالمرضى الأكثر تعليما هم الأكثر إرتفاعا للرصيد المعرفي النابع من متابعة وسائل الإعلام وإستيعاب المعلومات الصحية من طبيبهم ومن الكتب عكس المرضى الأميين الأقل وعيا صحيا. فبالرغم من توفر المعرفة الصحية لدى البعض الآخر من المرضى، إلا أن درجتها ضعيفة جدا، معظمها معلومات سطحية وعامة حول المرض نابعة من إنخفاض مستواهم التعليمي الذي يزيد من النقص الوقائي والتعقيدات المرضية نتيجة عدم تطبيق قواعد الصحة العامة.

يمكن القول أن الأميين لديهم نظرة سطحية حول مرضهم المزمن، تكتنفها اللامبالاة، الإهمال، الجهل وعدم الإدراك الصحي، وهذا ما يؤدي إلى عدم قدرة المريض على مواجهة الأخطار الصحية التي يمكن أن يتعرض لها نتيجة الجهل بالسبل العلاجية. وفي هذا الصدد، فإن للمرضى دوافع معينة للجوء إلى الخدمة الصحية أهمها اليأس من الشفاء، وترتفع النسبة أكثر عند فئة الأميين، إذ أنهم يجربون كل البدائل العلاجية، وعند الفشل في العلاج يلجئون إلى الطبيب لعلهم يجدون حلا لحالتهم المرضية. وهذا يعني غياب الثقافة الصحية عند هذه الفئة التي تؤمن كثيرا بفعالية الطب الشعبي الذي هو أكثر إنتشارا في مجتمعنا الجزائري.

ونتيجة لذلك، أدت بم هذه الأفكار إلى الإنسياق نحو معتقدات مضرة بالصحة، وهي الموافقة على المثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب". فهذا المثل يؤدي بالشخص أحيانا إلى ممارسة سلوكات غير صحية لها عواقب وخيمة على صحته، وهذا كله راجع إلى التمسك بذه الأفكار والمعتقدات التي تؤثر على الوعي الصحي للمريض.

إن الطب الشعبي في الجزائر عرف تطورا ملحوظا وأصبح الفرد يلجأ إليه لعله يجد نفعا فيه، حيث كشفت دراستنا هذه الحقيقة، إذ تبين أن مجموعة كبيرة من المبحوثين يعرفون وصفات شعبية وهم من المستويات التعليمية المنخفضة التي تؤمن كثيرا بمثل هذا العلاج غير الرسمي. وقد تبين جليا أن الوصفات الشعبية البسيطة هي الأكثر رواجا لدى المرضى، وهذا يدل على تمسك هذه الشريحة بذا النوع من الطب، وذلك بالإستناد إلى أجدادهم والطب النبوي. وعليه فإن رغبة المريض في الإمتثال للشفاء الطبيعي لها علاقة وطيدة بمستواه التعليمي، إذ أن ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أقل رغبة وإرادة في البحث عن شفاء لحالتهم المرضية خاصة المسنين مقارنة بذوي المستويات التعليمية المرتفعة، حيث تبين أن نسبة إتباع إرشادات الطبيب ونصائحه ترتفع لدى المستويات التعليمية المرتفعة. ويعني ذلك أن هناك تعاون بين الطبيب والمريض، مما يؤدي إلى علاقة المشاركة المتبادلة بين الطرفين. فيكون إستيعاب وتفهم نصائح الطبيب بدرجة كبيرة جدا، حيث أن رد فعل المريض في هذه الحالة رد طبيعي منصت للغير، متفهم للنصائح ومتعاون من طبيبه من خلال تنفيذ تعليماته. عكس الفئات الأخرى التي يجد معها الطبيب صعوبات في عملية نشر التربية الصحية، فقد لا يفهمه الأمي جيدا لمضامين العلاج ولا ينفذ نصائحه، ويمكن أن يتظاهر بالفهم أمامه وعند خروجه ينسى كل شيء، مما يؤدي ذلك إلى صراعات وتوترات في العلاقة بينهما. فالمريض الأمي غالبا ما تؤثر سماته الشخصية على تفاعله مع طبيبه، إذ أنه لا يتصف بالتفتح، فهو قليل الأسئلة لأنه لا يعرف كثيرا عن مرضه المزمن، كما أنه قد يصعب عليه وصف حالته الصحية عكس المتعلمين الذين يتصفون بالتفتح ويكون الحوار والنقاش حادا بينهم وبين طبيبهم، وهذا راجع إلى عدة أسباب أهمها المعرفة الصحية التي يتمتعون با.

لقد تبين أن الإصابة بالأمراض المزمنة تجعل المريض يدخل في نمط معيشي معين يفرض عليه تغيير بعض الممارسات غير الصحية التي يحددها الطبيب في إطار الخطة العلاجية، وقد يصعب على المريض تنفيذها نتيجة عدة عوامل منها إنخفاض وعيه الصحي بأهمية هذه النصائح، إذ إتضح لنا أن نسبة كبيرة من المرضى لا تنفذ تعليمات ونصائح طبيبها خاصة فئة الأميين الذين لا يبالون بتطبيق كل الإرشادات الطبية. وهذا يعني عدم تنفيذهم للإحتياطات الوقائية اللازمة لتفادي تعقيدات المرض المزمن مثلا عدم إتباع نظام غذائي معين من خلال نوعه، كميته ووقته، وأيضا عدم مراقبة الحالة المرضية، الحالة النفسية والإبتعاد كليا على المشاكل والإنفعالات النفسية المضرة بالصحة، وحتى إتباع نشاط بدني معين مثل الحركة والمشي بإعتبار الرياضة مفيدة لمرضى داء السكري، الضغط الدموي وحتى القلب، وهذا بأخذ كل الحذر لتجنب

التعب، مما أدى هذا كله إلى عدم تغيير نمط حياتم وتمسكهم بالعادات والممارسات غير الصحية، وهذا راجع إلى إنعدام وعيهم الصحي والوقائي أي نقص ثقافتهم الصحية التي هي بمثابة وقاية ثانوية لتحقيق النتائج الإيجابية في العلاج. وعليه فإن إفتقار المرضى خاصة الأميين للمعلومات الصحية حول مرضهم المزمن ممكن أن يؤدي إلى الإصابة بأخطار صحية جسمية، ويعود ذلك إلى إنخفاض مستوهم المعرفي والثقافي الذي لا يكسبهم الكثير من المعلومات الصحية وفهم النصائح وكيفية التصرف لمواجهة مختلف المشاكل الصحية. زد على ذلك، غياب البرامج الوقائية في مجال التثقيف الصحي خاصة في وسائل الإعلام، وبالضبط في التلفزيون الذي يعتبر أهم وسيلة يمتلكها جميع المرضى ويتبعونا بإهتمام، فهو يوصل الرضالة الصحية بطريقة غير مباشرة، وبالرغم من أهميته إلا أننا نلاحظ غياب الحصص الطبية في البرامج التلفزيونية، ولهذا السبب فمن الضروري تكثيف الحصص الطبية الوقائية عن المرض المزمن حتى من خلال الإشهارات وبعض النصائح الطبية في بعض الدقائق من خلال إبراز الإحتياطات الواجب إتخاذها، وذلك لتغيير أفكار المرضى، معتقداتم، إتجاهاتم وزيادة وعيهم الصحي.

إن تمسك المريض بالعادات غير الصحية له علاقة مباشرة مع مستواه التعليمي، إذ تبين أن الأميين أكثر لجوءا إلى الصيدلي لشراء أدوية دون وصفة طبية عكس المتعلمين الذين يلجئون مباشرة للطبيب، وهذا كله راجع إلى الوعي الصحي المرتفع الذي يتمتع به المرضى المتعلمين. وعليه فقد أثبتت نتائج البحث، أن المبحوثين ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أكثر لجوءا إلى العلاج التقليدي في حالة تعرضهم للمشاكل الصحية، ويكون اللجوء إلى الطبيب في حالة ظهور الأعراض المرضية الخطيرة، فهي سبب من أسباب إلتماس الخدمة الصحية، مما نتج عن ذلك تماطلا في إستشارة الأطباء نتيجة الجهل، نقص الوقاية الصحية وإنخفاض المستوى التعليمي، فهم يقتنعون بالمعلومات التي تقدم لهم في الوسط الأسري من خلال النصائح أو مشاهدة سابقة أو خبرة سابقة لمعالجة مثل هذه الأمراض التي تظهر في جماعتهم. فالأغلبية من المرضى ساهموا في تفاقم حالتهم المرضية بعد إستعمال العلاج التقليدي دون معرفة مضاعفاته مع الأدوية الأخرى خاصة في حالة إستعمالها في نفس الوقت. كما أن جهل المرضى لتفاعلات بعض الأدوية والأعشاب الطبية مع دواء الأمراض المزمنة مرتبط بمستواهم التعليمي لمعرفة وإدراك الخطر، وبالتالي فإنخفاض المستوى التعليمي يزيد من لجوئهم لإستعمال الممارسات غير الصحية، حيث يكون إسعاف الحالة بإستعمال علاج تقليدي لدى الفئات التعليمية المنخفضة ويكون التوجه إلى المستشفى بعد تفاقم الحالة. بينما نجد العكس عند ذوي المستويات التعليمية المرتفعة، التي تكتسب معرفة صحية، حيث أن هذه الفئة لا تتقبل أي نوع من الممارسات التقليدية. وعليه يمكن القول أن الأمية والجهل بالقواعد الصحية يعتبران العاملان السلبيان لنجاح عملية التوعية الصحية، وبالتالي فإن إنخفاض المستوى التعليمي يتبعه حتما إنخفاض في الوعي الصحي.

وكخلاصة لما سبق ذكره، فإن النقص الإعلامي يساهم في نقص الثقافة الصحية لدى الكثير من المرضى، خاصة من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، حيث أن أغلبيتهم كانت لديهم نظرة سطحية حول المرض المزمن، أي قلة المعلومات الوقائية. وعليه ما يمكن إستنتاجه من تحليلنا للفرضية الثانية هو أن المستوى التعليمي للمريض له علاقة بإكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته.

الفرضية الثالثة: إنخفاض الدخل الشهري الأسري يؤدي إلى إنعدام رغبة وقدرة المريض على تغيير ممارساته غير الصحية.

يعتبر المال الوسيلة الفعالة للعيش في رفاهية إجتماعية وصحية، ويمكن تحقيق الصحة المثالية من خلاله، والعكس صحيح إذا إنعدم الدخل أو إنخفض. فحسب دراستنا الميدانية، فإن النتائج أثبتت أن الدخل الشهري الأسري للمريض يؤثر على ثقافته الصحية من خلال رغبته، إرادته وقدرته على تغيير نمط حياته. إذ أنه يؤثر في القرار الطبي الذي يتبعه المريض. فالمبحوثين ذوي المستويات الإقتصادية المنخفضة أقل إتباعا لتعليمات طبيبهم حسب تصريحاتهم، وهذا راجع إلى الظروف المادية، إذ لا تتناسب إرشادات وتوجيهات طبيبهم مع نمط حياتهم خاصة فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض، فهم يرون أن وراء هذا كله هي الظروف المادية الصعبة التي يمرون بها والتي تجعلهم يتبعون ممارسات غير صحية، مثلا تناول الأغذية مع بقية أفراد العائلة دون إستعمال نظام غذائي معين، حيث أن كثرة الأفراد والمستهلكين في الأسرة مع قلة المنتجين بها نتج عنه قلة المال الذي إنعكس على صحة المرضى الذين لا يجدون أحيانا النقود لشراء الدواء وحتى الذهاب للطبيب في حالة المشاكل الصحية. فدوافعهم الحقيقية للجوء إلى الخدمة الصحية هي اليأس من الشفاء، فبعد تجريب كل البدائل العلاجية يفشل المرضى في تحقيق العلاج والشفاء، لذا تطول المدة وتتفاقم الحالة المرضية. وعليه يلجأ إلى الطبيب ويكون سبب ذلك دخله الشهري المنخفض وفي بعض الحالات معدوم. ولهذا فإن ذوي المستويات المعيشية المنخفضة أكثر تباطؤا في إستشارة الأطباء وتنفيذ نصائحهم، إذ كشفت دراستنا الحالية على أن هناك فوارق واضحة في تنفيذ نصائح الطبيب حسب مستويات الدخل. فالأغلبية العظمى من المرضى لا تنفذ التعليمات الطبية خاصة فئة المرضى ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض التي لا تخصص ميزانية في هذا المال، وبالتالي هذا إنعكس سلبا على ثقافتهم الصحية بالرغم من معرفتهم بالمخاطر الناتجة عن إهمال وتجاهل إرشادات طبيبهم. وعلى إثر ذلك، فإن توفير التغذية الجيدة وإستعمال الريجيم بصفة منتظمة يتوقف على الدخل الشهري الأسري، لأن التغذية الجيدة والمأكولات المسموحة لمريض الضغط الدموي، السكري والقلب غالية الثمن في بلادنا خاصة في موسم غير موسمها مثل الخضر والفواكه التي غالبا ما تكون موسمية. ولهذا السبب لا يحترم المرضى منخفضي الدخل الريجيم والمحافظة على مواعيد الطعام، كميته ونوعه، مما إنعكس سلبا على ممارساتهم الغذائية غير الصحية، لهذا نجدهم لم يغيروا من نمط حياتهم بل تمسكوا بالعادات السيئة والتي إعتادوا على ممارستها من قبل. وفي هذا

الصدد فإن النسبة الغالبة من المبحوثين الذين لم يغيروا من نمط حياتم خاصة في مجال الأكل هم من المستويات المعيشية المنخفضة.

ولقد أوضحت نتائج الدراسة أن الطبقة الإجتماعية بما تتضمن من الدخل الشهري الأسري تؤثر على نمط الإستجابة للمرض. إذ أن المرضى ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض يلجئون إلى الطرق غير الطبية لمعالجة أعراضهم المرضية. إذ يستخدمون العلاج التقليدي كوسيلة لعلاج مشاكلهم الصحية التي يتعرضون إليها بسبب إنخفاض دخلهم الشهري. وبالتالي فإنم يتبعون الوصفات الشعبية التقليدية كالعلاج بالأعشاب لأنا لا تكلفهم كثيرا من المال عكس التوجه مباشرة إلى الطبيب والمستشفيات الصحية لأن هذا الأمر يتطلب كثيرا من التكاليف المالية من خلال ثمن الكشف، شراء الدواء وإجراء التحاليل الطبية. فهذا السلوك غير الصحي الذي يسلكه المريض يؤدي بالهلاك، بالضرر ويزيد الحالة المرضية سوءا يوما بعد يوم. ويكون اللجوء إلى الطبيب في الحالات المرضية الخطيرة، وهذا بعد فوات الأوان، أي بعد مدة طويلة من ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب. ويتوقف ذلك كله على الظروف المعيشية والإقتصادية المتدهورة التي يعاني منها عدد كبير من المرضى الذين يلجئون إلى وسائل علاجية غير صحية وغير مكلفة هروبا من الوسائل العلاجية الحديثة، بحيث يظن المريض بأن هذا التصرف سوف يشفيه من المرض قريبا، مما يتأخر عن إستشارة الطبيب هذا من جهة. ومن جهة أخرى أفكاره ومعتقداته تعيقه على الذهاب إلى الطبيب، لأن ذلك سيكلفه هو وعائلته أموالا طائلة، وسوف يؤثر سلبا على ميزانية الأسرة وتوفير الحاجيات الضرورية للحياة، وهذا يؤثر على تنمية وعيه الصحي. وعليه يمكن القول أن الظروف المعيشية للمريض تؤثر في ثقافته الصحية التي هي في الحقيقة معرفة صحية، إرادة وقدرة على تغيير نمط الحياة وإتباع ممارسات صحية يفرضها عليهم الطبيب المعالج.

الفرضية الرابعة: المكونات الثقافية الشعبية المرتبطة بالصحة تعرقل من إكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية.

إن لثقافة المجتمع الأثر الفعالة في إكتساب المعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية، ويكمن ذلك من خلال الأفكار، المعتقدات والأمثال الشعبية وحتى الممارسات غير الطبية كالعلاج الطبيعي. وعليه فقد أسفرت نتائج دراستنا على وجود علاقة وثيقة بين العادات السيئة منها الغذائية التي يمارسها المرضى في واقعهم اليومي وتغيير نمط حياتم وتنفيذ نصائح الطبيب، إذ أن العادات الغذائية مثل أكل المأكولات الممنوعة عليهم تنعكس سلبا على ثقافته الصحية، وفي هذا الصدد فإن هذه العادات ترجع أساسا إلى النفس والشهوة التي لا يمكن للفرد التغلب عليها.

وإذا نظرنا إلى مكون ثقافي آخر نجد المفهوم الشعبي للمرض الذي يؤثر على ممارسات الأفراد، ويؤدي في أغلب الأحيان إلى بناء نموذج تصوري حول المرض مثل العقاب، الموت، القضاء والقدر...الخ، أي إعطاء صورة معينة للمرض المزمن. وفي سياق الحديث فإن للمرضى طرق معينة في الشكوى عن الألم،

والتي مردها إلى الثقافة الشعبية التي نشئوا فيها مثلا أصحاب الريف كتومين وصبورين مقارنة بأفراد الحضر، حيث تبين أن المرضى الأكثر صبرا على المرض هم الأكثر تماطلا في إستشارة الأطباء، ويعني ذلك أن اللجوء إلى الأطباء يكون في حالة وجود الأعراض المرضية الخطيرة. إذ أن دوافعهم نحو إلتماس الخدمة الصحية هي اليأس من الشفاء، وهذا كله يؤثر على تنفيذ نصائح الطبيب، حيث تتبع هذه الفئة كل البدائل العلاجية منها العلاج التقليدي المتمثل في الأعشاب الطبية، وبعد اليأس من الشفاء وعدم تحقيق نتائج في ذلك تتجه هذه الشريحة من المرضى إلى الطبيب لعلها تجد حلا لمشاكلها الصحية، ويرجع ذلك إلى غياب وعيهم الصحي. وفي نفس السياق، فإن الأمثال الشعبية والحكم تؤثر في إلتماس الخدمة الصحية وتنفيذ نصائح الطبيب منها المثل القائل "إسأل الرب ولا تسأل الطبيب". إذ أن نسبة كبيرة لا تنفذ نصائح الطبيب وتتقيد بذا المثل الذي يحث على التجريب وعدم اللجوء إلى الطبيب. وفي هذا الحال أغلبية المبحوثين يعرفون أمثال شعبية ولم يغيروا من نمط حياتهم، وهذا يدل على تمسكهم بكل ما هو قديم.

وفي دراستنا هذه إتضح لنا جليا مدى تمسك المرضى بالأعشاب الطبية، فهم أكثر إستعمالا لها، حيث توفر لهم الراحة النفسية. والبعض منهم يشتريها ليستغلها في حياته اليومية، وهذا أثر على ممارساتهم الصحية وعلى مدى تغييرهم لنمط حياتهم. ونجد أيضا الأغلبية الساحقة تعرف أمثال شعبية وتفتقر إلى معرفة طبية هذا من جهة . ومن جهة ثانية نسبة كبيرة من المرضى تعتمد على الطرق غير الطبية في علاج مرضها المزمن مع غياب كلي للتعاون مع الطبيب، حيث لا تنفذ نصائحه. فهذه الفئة من المرضى في بعض الحالات تستعمل الطب الحديث والطب التقليدي في آن واحد دون مراعاة الأخطار المحتمل أن تحدث له، وهذا يعني أن الثقافة المرتبطة بالصحة تؤثر في الوعي الصحي وفي نشر التربية الصحية. وما يمكن إستخلاصه من تحليلنا للفرضية الرابعة هو أن المكونات الثقافية المرتبطة بالصحة لها تأثير على إكتساب معرفة صحية وترجمتها إلى ممارسات صحية.

الفرضية الخامسة: الدعم الإجتماعي في الوسط الأسري يؤدي إلى إكتساب المريض للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية.

إن للوسط الأسري تأثير فعال على إتجاهات المريض الصحية وحتى على ثقافته الصحية، ويتجلى هذا التأثير الفعال من خلال شبكات الدعم التي يتلقاها في وسطه الأسري، سواء كان دعما ماديا أو معنويا، لأنه غير مسؤول عن مرضه ولا يمكن له تحقيق الشفاء بمفرده، لذا يستوجب على الأسرة الإلتزام بواجباتها نحوه. وفي هذا الصدد من خلال دراستنا هذه توصلنا إلى أن للأسرة دور فعال في مجال التكفل بمريضها معرفيا، أي من واجبها تنشئته صحيا وزيادة معرفته الطبية من خلال نصحه وإرشاده وحتى وفتح الحوار معه في الحال الطبي لإثراء معارفه الصحية، لكن وللأسف الشديد الأسر الجزائرية لا تتطرق إلى المواضيع الطبية في حواراتها ونقاشاتها، بإعتبار أن هذه الأمراض من الطابوهات التي يتجنبها الكثير من الناس. أما الجانب الثاني للتكفل بالمريض فهو التكفل البسيكو- إجتماعي أو تكفل معنوي، وذلك من خلال توفير له

جو هادئ مليء بالحب والحنان يساعده على تنفيذ تعليمات الطبيب والتعاون معه، لأن الأسرة وفرت له كل شيء. وفي هذا المال يعتبر التضامن والمعاملة الجيدة للمريض من أهم العوامل التي تنمي فيه الرغبة والإرادة في تطبيق وتتبع الإرشادات الطبية وحتى تقبل النصائح من الغير. وما هو ملاحظ في واقعنا أن الأسر الجزائرية تعرف إضطرابات في وسطها مما يخلق ذلك مشاكل لا تحمد عقباها ويبقى المريض يدفع ثمن هذه المشاكل. فنتيجة لذلك يهمل العلاج وفي بعض الحالات ينقطع عن المعالجة الطبية، وقد يفقد الإرادة والقوة على تغيير نمط حياته وتنتابه الكراهية، وهذا يدل على أن الأسرة لا تقوم بواجبها نحوه. ولهذا يمكن القول أن لنوعية المعاملة إنعكاسات على تنفيذ نصائح الطبيب والتمتع بثقافة صحية. إضافة على ذلك، فإن تكهرب العلاقات الأسرية تؤثر بالسلب على راحة المريض وعلى التمسك بالعادات الصحية، إذ يجد نفسه فريسة هذه الحياة الصعبة ويشعر بأنه شخص غير مرغوب فيه، لذا نجده يعاني من الإضطرابات النفسية ولا يتبع الممارسات الصحية. وعليه فإن من واجبات الأسرة أن تتكفل بمريضها خاصة من الناحية النفسية، ولكن هذا الإلتزام غائب بين أفراد عينتنا والذي أثر على الثقافة الصحية بطريقة غير مباشرة. فالمريض المصاب بمرض مزمن تزداد تكاليفه ونفقاته المادية، إذ أن الوضع الإقتصادي للأسرة يؤثر على الممارسات الصحية خاصة إذا كانت هذه الأسرة تعرف زيادة في حجم أفرادها. وبالتالي فقد تجد نفسها مضطرة للتخلي عن المريض ولا تلبي له متطلباته العلاجية وحتى الغذائية. وعليه يمكن القول أن للأسرة دور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى مريضها وتغيير إتجاهاته ومواقفه غير الصحية.

- الخاتمـــة:

إن محافظة النسق الطبي على إستمراره وإستقراره يتطلب مواجهة أربعة مشكلات ضرورية، ومن أهمها مشكلة معوقات التكيف والتي ترجع أساسا إلى عدم توفر الوعي الصحي لدى المريض أي إنعدام ثقافته الصحية والتي تترتب عليها آثار سلبية تدد كيان هذا النسق. ويمكن تحديدها من خلال عدم فهم المريض للنصائح الطبية نتيجة نقص معلوماته الصحية وعدم قدرته على توضيح حالته الصحية بسبب عدة عوامل. وقد يحقق هذا النسق الحاجات الطبيعية لأفراده من خلال الأطباء، حيث أن الطبيب يمكن بفضل خبرته ومعرفته العلمية الطبية مساعدة المريض والتعامل معه كإنسان، أي إتاحة له الفرصة من خلال إبداء الرأي، تبادل الحديث وفتح الحوار معه، وهذا يساعد كثيرا في نشر التثقيف الصحي الذي هو في الحقيقة عملية تعليمية تدف إلى توزيد الأفراد بالخبرات اللازمة ومحاولة تغيير أفكارهم، معتقداتم وعاداتم المرتبطة بالصحة نحو الإيجاب، خاصة تغيير سلوكاتم غير الصحية. وبذه العملية يكتسب المصاب المعلومات الصحية التي يترجمها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية، حيث يزداد وعيه الصحي وخبرته في مواجهة المرض المزمن وحتى في أسلوب العلاج والوقاية. وقد ينتج عن مشكلة عدم تكيف النسق الطبي مشكلة أخرى هي عدم ثبات النسق التي تتحدد من خلال عدم تعاون المريض مع طبيبه. إذ أن هذه المشكلة يشارك فيها كل من المرضى والأطباء على حد سواء، حيث يمكن للأطباء تجاوزها بفضل فتح الحوار والنقاش مع مرضاهم أثناء الإستشارة الطبية بفتح لهم المال للتعبير عن مشاكلهم وإنشغالاتم أي خلق تفاعل إيجابي بينهم لضمان حد معين من التعاون وإتاحة لهم الفرصة للتحدث وتبادل الحديث بكل حرية وتلقائية دون أية تعقيدات وإضطرابات نفسية، مما ينعكس ذلك بالإيجاب على عملية التوعية الصحية. ولضمان القضاء على هذه المشكلة، يتطلب على المرضى بذل مجهودات مثل زيادة وعيهم الصحي، معرفة خبايا مرضهم المزمن والتقيد بأهم التوصيات والإرشادات الطبية أي تطبيق النصائح الطبية في حياتم اليومية، وبالتالي التعاون مع الطبيب وبناء علاقة طبيب-مريض علاقة المشاركة المتبادلة.

ومشكلة عدم توفر الثقافة الصحية لدى المريض هي من مسؤوليات الطبيب أن يقوم با في عمله اليومي بطريقة شعورية أو غير شعورية ليضمن قدرا كافيا من النتائج الإيجابية في العلاج ويحافظ على ثبات النسق العلاجي. إذ أن توفر هذه الثقافة تحددها عدة عوامل تطرقنا إليها في دراستنا الحالية من خلال الدراسة الميدانية، حيث إتضح جليا أن العوامل الإجتماعية، الإقتصادية والثقافية تؤثر في الوعي الصحي. ففئة المستويات المعيشية المنخفضة هي الأكثر معانات من المشاكل الصحية خاصة الأمراض المزمنة، إذ تمل هذه الشريحة النصائح الطبية المعمول با وتمارس سلوكات غير صحية من خلال عدم إستعمال الحمية الغذائية بإنتظام وعدم اللجوء إلى العلاج الحديث في حالة التعرض للمشاكل الصحية، حيث تتجاهل الأعراض المرضية، مما ينتج عن ذلك تباطؤ في إستشارة الأطباء. وفي هذا الصدد نرى بأن الطبقة الإجتماعية

تؤثر في الممارسات الصحية وفي الإستجابة للمرض ومنه تؤثر في الثقافة الصحية، أي في معرفته، قدرته على تغيير نمط حياته، إرادته وعزيمته في البحث عن شفاء لحالته المرضية.

إن الظروف الإجتماعية والبيئية التي يعيشون ويعملون فيها السكان خاصة التي تمنح لهم الأمن وتوفر لهم مستوى غذائي مناسب وتقدم لهم التسهيلات التعليمية والترفيهية تعمل على رفع المستوى الصحي. والنتيجة تنعكس سلبا على فئة السكان التي تعيش الفقر، الحرمان والبؤس، حيث يضع الطبيب لمريضه نظاما غذائيا معينا في التغذية فيصعب عليه تنفيذه في نظام حياته نتيجة إرتفاع تكاليفه، فتسوء حالته الصحية ويؤثر ذلك على تقدم العلاج وتحسن الحالة الصحية.

إضافة إلى هذا العامل، فإن للمستوى التعليمي دور فعال في إكتساب المعرفة الصحية في الوسط الطبي، الأسري وحتى في أوساط أخرى، كما أنه يؤثر في الممارسات الصحية وفي قدرة المريض على التعاون مع الطبيب، خاصة من ناحية بناء علاقة جيدة بينهما، والتي تظهر على شكل نموذج تفاعلي إيجابي من خلال مدى تتبع وتنفيذ المريض إرشادات طبيبه وتبادل الثقة بينهما، لأن إنعدامها يؤدي إلى صراعات وتوترات في العلاقة وحتى إلى شكوك متبادلة بين الطرفين. وكما هو واضح في الجزائر، فإن معظم المرضى المصابين بالأمراض المزمنة هم من فئة المسنين والأميين الذين يصعب على الأطباء في بعض الأحيان بناء علاقة متبادلة معهم وفتح الحوار والنقاش أثناء الإستشارة الطبية. إذ تعاني هذه الفئة من نقص المعرفة الصحية، حيث أن الجهل والأمية يعيقان من نشر التربية الصحية. مثلا الأمي لا يستطيع إستيعاب المعلومات الصحية، لا يمكن له وصف حالته الصحية، ليست له معرفة حول جسمه ومرضه عكس المرضى المتعلمين.

إنطلاقا مما سبق ذكره، فإن البيئة الإجتماعية المحيطة بالفرد منها الأسرة لها واجبات وإلتزامات نحو مريضها، فهو ليس مسؤولا عن مرضه، ولهذا لا يمكن أن نلومه. وقد يعتبر مرضه سوكا إنحرافيا في حالة واحدة وهي عند عدم تنفيذه لنصائح طبيبه وممارسته سلوكات غير صحية. بذه الطريقة فهو ينتحر بطريقة غير مباشرة. أما إذا تطرقنا إلى إلتزامات الأسرة فنجد من واجبها توفير لهذا الشخص الجو الملائم وأهم الحاجيات الضرورية لمواجهة المرض، حتى أنا تعتبر مصدر من مصادر نشر التربية الصحية، تنشئته صحيا، توفير له بيئة هادئة، تحسين ظروفه المعيشية ومحاولة تشجيعه على التعاون مع طبيبه لتسيير مرضه بطريقة صحيحة. إذ يستوجب عليها التكفل بمريضها تكفلا إجتماعيا، نفسيا وماديا، ولكن هذا غير ممكن في مجتمعنا الجزائري نظرا إلى عدة مشاكل تتخبط فيها الأسرة الجزائرية وفي مقدمتها الصعوبات المالية وإنخفاض المستوى المعيشي.

إن المريض إنسان ينتمي إلى مجتمع يؤمن بعاداته وتقاليده أي الإرث الطبي. فثقافة التمع تؤثر في الكثير من النواحي الصحية، في درجة الوعي الصحي، في مواقف، إتجاهات الناس حول المرض، طرق وأساليب علاجية، في ممارسات، إتجاهات، معتقدات وأفكار المرضى خاصة المصابين بالأمراض المزمنة الذين يئسوا من المرض ولم يعرفوا الشفاء. فهم غالبا ما يؤمنون بالطب الشعبي الذي يعتبرونه منفذ ووسيلة فعالة

في علاج مرضهم. فغالبا ما يلجؤون إلى العلاج الطبي في بداية المرض، ونتيجة اليأس من الشفاء وكرههم للنسق الطبي والفاعلين به وحتى الأدوية الكيميائية، فإنم يبحثون عن بدائل علاجية أخرى تتمثل في العلاج التقليدي بكل أنواعه. وقد يستندون إلى النتائج التي حققها الأوائل في هذا المال وحتى الإستعانة بالقرآن الكريم، الطب النبوي والأمثال الشعبية. إذ أثبتت دراستنا أن نسبة كبيرة من المرضى تؤمن بالطب الشعبي وتلجأ إليه نتيجة الظروف المعيشية الصعبة، فعالية هذا الطب وأيضا إنتشار هذه الظاهرة في الأسواق الجزائرية بشكل مخيف وأصبحت تجارة ربح بالدرجة الأولى. كما أن الإشهار في المقعرات الهوائية ساعد كثيرا في تبني هذا العلاج التقليدي. وهذه العوامل كلها أحدثت صراع بين الطب الرسمي والطب غير الرسمي في الجزائر. وأصبح الفرد الجزائري عوض أن يلجأ إلى الطبيب يمارس سلوكا غير صحيا إستخدام الوصفات التقليدية أو إستشارة مختص أو غير مختص في العلاج التقليدي. وعليه يمكن القول أن الثقافة الصحية للمريض تأثرت بثقافة المتمع التي أعاقت من نشر التثقيف الصحي في الأوساط الطبية. فمعظم الأطباء يشيرون إلى خطورة هذه الحالة ويقدرونا، إذ يحذرون مرضاهم من إستعمال الأدوية الطبية والأعشاب الطبية في آن واحد أي الجمع بين النوعين معا.

وفي هذا الصدد فإن تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض مرتبط بحد كبير بتقدم المتمع، تطوره، إرتفاع مستواه المعيشي وزيادة الوعي الصحي لدى سكانه حول مظاهر الصحة وكيفية مواجهة المشاكل الصحية وعلى رأسها الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، حيث يعتبر التثقيف الصحي وقاية أولية لمكافحة المرض المزمن. إذ أنه أبرز مقومات الصحة لتجنب عواقف المشاكل الصحية، لأن الوقاية خير من العلاج في تحقيق سعادة صحة الإنسان. فالمريض إذا تعاون مع طبيبه من خلال تتبع جميع الإحتياطات والنصائح الطبية يمنع منعا باتا تطور المرض، وقد يعيش هذا الشخص في هناء وإطمئنان كبقية أفراد المتمع بفضل ثقافته الصحية.

- التوصـيات والمقتـرحات :

إن التوصيات و المقترحات التي يمكن أن نخرج بـا من هذه الدراسة ، تتمثل فيما يلي:

- تنظيم برامج للتوعية الصحية، بمختلف وسائل الإعلام سواء كانت المكتوبة أو السمعية البصرية، من أجل تثقيف الناس عامة و المرضى بداء السكري، الضغط الدموي والقلب خاصة، وإحداث تغيير في أفكارهم وسلوكاتم فيما يخص الصحة. وعلى هذا الأساس، فإن المثقف الصحي يجب عليه أن يتطرق إلى كل ما يتعلق بذه الأمراض. فعلى الإعلام أن يقف إلى جانب المساعي المبذولة لمكافحة مضاعفات مرض، وهذا بالأخذ على عاتقها مسؤولية إعلام الجمهور بأخطار المرض وإنعكاساته على الفرد والتمع في آن واحد.

- تشجيع الحكومة لتشكيل الجمعيات الخاصة بالأمراض المزمنة ومساعدته هذه الشريحة من المرضى، كما يفترض على هذه الجمعيات على أن تقوم بدورها، بتقديم يد العون للمرضى من ناحية توفير لهم المساعدة الإقتصادية، الإجتماعية، النفسية، توجيههم و توعيتهم . بالإضافة على هذا الدور، فإن هذه الجمعيات يجب أن تقوم بدور المثقف الصحي، بتنظيم أيام دراسية و ندوات توعية لخطورة المرض.

- إن شريحة المرضى بالأمراض المزمنة عامة وداء السكري، الضغط الدموي والقلب خاصة في الجزائر تعاني الكثير من المشاكل منها الإقتصادية و الإجتماعية، لذا فإن مسؤولية الحكومة الجزائرية، وبالضبط وزارة التضامن الوطني أن تضع قانون لحماية هذه الفئة،ي تضمن مثلا منح الدواء مجانا، التسهيلات في التأمينات الإجتماعية وغيرها من المساعدات الإجتماعية.

- يجب على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن تكثف من عملية التثقيف الصحي بين المرضى المصابين بأمراض القلب، الضغط الدموي والسكري، وتخصص ميزانية معتبرة للوقاية من المضاعفات الناتجة عن هذه الأمراض وتكثيف مجهوداتا في هذا الصدد. والأخذ على عاتقها مسؤولية فتح وتعميم مراكز علاج مثل هذه الأمراض على ربوع الوطن، لأننا غالبا ما نجد مثلا مرضى داء السكري من مناطق مختلفة يتوجهون إلى دار مرضى السكري المتواجدة برويسو لأخذ دروس في التربية الصحية عن داء السكري.

- يجب على الأسرة أن تقوم بواجبها إتجاه مريضها وتقديم له الدعم الإجتماعي بكل أنواعه، خاصة من ناحية معاملة مريضها، و أن تساعده على التغلب على المرض، ليعيش حياة عادية ملؤها السعادة كبقية أفراد التمع.

- يفترض على العاملين في السلك الطبي، أن يعاملوا المرضى معاملة جيدة ويغيروا من سلوكاتم غير العقلانية إتجاه هؤلاء المرضى.

قائمـــة الـمـراجـع

I- المراجع باللغة العربية :

1- قائمـة الكتـب:

1-1- قائمـة كتـب المنهجيـة:

1- إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحـث الإجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1981.

2- دليو فوضيل وآخرون، أسس المنهجية في العلوم الإجتماعية، منشورات جامعة منتوري، دار البحث، الجزائر، 1999.

3- بوحوش عمار، الذنيبات محمد محمود،مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث،ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.

4-حسين عبد الحميد أحمد رشوان، أصول البحث العلمي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003.

5- صلاح مصطفى الفوال،مناهج البحث في العلوم الإجتماعية،مكتبة غريب، القاهرة، 1982.

6- طلعت إبراهيم لطفي، أساليب و أدوات البحث الإجتماعي، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، بيروت، 1995.

7- عبد القادر محمود رضوان، سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.

8- غازي عناية، إعداد البحث العلمي، دار الجيل، بيروت، ط 1، 1992.

9- محمد عاطف غيث، محمد علي محمد، محاضرات في طرق البحث الإجتماعي، مكتبة كزيدية إخوان، بيروت، 1976.

10-محمد الجوهري،عبد الله الخريجي،طرق البحث الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، ط5، 1997.

1-2- قائمـة الكتـب العامـة:

1- أحمد عبادة سرحان، صلاح الدين طلبة، مقدمة الإحصاء الاجتماعي، دار الكتب الجامعية، القاهرة، السنة غير مذكورة.

2- أحمد حلمي شاهين، محمد كمال عبد الرزاق وآخرون، مبادئ التثقيف الصحي و الخدمات الإجتماعية، وزارة الصحة العمومية، مصلحة الصحة الإجتماعية، قسم رعاية الأمومة و الطفولة ، البلد غير مذكور، السنة غير مذكورة.

3- أحمد الأمين حسن موسى، مذكرات في الصحة العامة والإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
4- أيمن مزاهرة، عصام حمدي، ليلى أبو حسين، علم إجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، 2003.
5- إحسان علي محاسنة، البيئة و الصحة العامة، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان،.1991
6- أيمن الحسيني، عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك و تحيا حياة طبيعية؟ دار الهدى، الجزائر، السنة غير مذكورة، الإسكندرية .1988
7- ألبير ساسون، أي تغذية للإنسان غدا ؟ ، تر: الأندلسي مصطفى، الناوي مصطفى، نشر الفنك، اليونيسكوا، .1990
8- الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الإجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر و التوزيع و الإعلان، طرابلس، ط1، .1989
9- المليجي حلمي، علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط8، 2000.
10- تاني حسن عبد الحميد الكيال، الثقافة والثقافات الفرعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
11- جمال غوردون، الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه، مأكولاته، مضاعفاته، الوقاية منه، دار ومطابع الشعب، القاهرة، .1964
12-جمال مثقال القاسم، علم النفس التربوي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000.
13- حسن منسي، الصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع ودار طارق للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 1998.
14-حامد محمد هرساني،قصة البوال السكري،مؤسسة مكة للطباعة والإعلام، مكة المكرمة، ط1، .1965
15- حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الإجتماعي و الأمراض المهنية، الدر القومية للطباعة والنشر، القاهرة، .1966
16-حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الإجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط2، 1988.
17- حسين عبد الحميد رشوان، التغير الإجتماعي والتنمية السياسية في التمعات النامية، دراسة في علم الإجتماع السياسي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، .1997
18- زياد الحافظ، أزمة الغذاء في الوطن العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت، ط1، .1976
19- سرور أسعد منصور، الصحة والتمع، الدار العربية للكتاب،ليبيا،تونس،السنة غير مذكورة.
20- سعيد حسني العزة، الإرشاد الأسري، نظرياته و أساليبه العلاجية، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، ط1، .2000

21- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
22- سامية محمد جابر وآخرون، الأسرة والتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
23- سعاد عثمان، نجوى عبد الحميد سواس، فوزي عبد الرحمان، الصحة والمرض وجهة نظر علم الإجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1999.
24- عبد الحسين بيرم، الأمراض المعدية، منشورات دار مكتبة الحياة، بيروت، 1967.
25- عبد الرحمان عيسوي، علم النفس الأسري، وفقا للتصور الإسلامي والعلمي،دار النهضة العربية للطباعة والنشر،بيروت، 1993.
26- علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996.
27- على المكاوي، الجوانب الإجتماعية و الثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1988.
28- عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994.
علي أسعد وطفة، علم الإجتماع التربوي، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 1993.
29-عبد الرحمان عيسوي،في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1992.
30- علياء شكري، محمد علي محمد، محمد الجوهري، قراءات معاصرة في علم الإجتماع، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة، 1979.
31-حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الإجتماعي والأمراض المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، 1966.
32- فادية عمر الجولاني، الأسرة العربية تحليل إجتماعي لبناء الأسرة و تغير إتجاهات الأجيال، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1998.
33- فوزي علي جاد الله، الصحة العامة و الرعاية الصحية، دار المعارف، مصر، ط3، 1975.
34- فهمي الغزوي و آخرون، المدخل إلى علم الإجتماع، دار الشروق، عمان، 1992.
35- فيليب عطية، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، المس الوطني للثقافة و الفنون والآداب، الكويت، 1992.
36- فوزية رمضان أيوب، علم الإجتماع الطبي، مكتبة نضة الشرق، القاهرة، 1985.
37- ليونارد جاكوت، علم الأدوية، تر: فاضل الشيخ حيدر، دار المعرفة، دمشق، ط1، 1993.
38- محمد رفعت، أمراض العظام والأسنان والروماتيزم، دار المعرفة للطباعة والنشر، لبنان، ط 4 ، 1981.
38- محمد رفعت، السكر و علاجه، دار المعرفة للطباعة و النشر، بيروت، ط1، 1974.
39-محمد رشاد عامر،الموجز في علم الصحة والتربية الصحية،دار القلم، الكويت، ط1، 1974.

40- محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983.

41- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000.

42- مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000.

43- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1971.

44- محمود حسن، الأسرة ومشكلاتنا، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1967.

45- مصطفى عشوي، مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999.

46-نادية محمد السيد عمر، علم الإجتماع الطبي، المفهوم و المجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987.

47- نبيه الغبرة، الصحة و الوقاية، المكتب الإسلامي، دمشق، 1969.

48- يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003.

1-3- قائمـــة القواميس و المعاجم:

1-أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، إنجليزي، فرنسي، عربي، مكتبة لبنان، بيروت، 1977.

2-إبراهيم مذكور، معجم العلوم الإجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1975.

3- محمد عاطف غيث، قاموس علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989.

4- ناتاليا يفريموفا، توفيق سلوم، معجم العلوم الإجتماعية، مصطلحات وأعلام،روسي، إنجليزي، عربي، موسكو، بيروت، 1992.

1-4- قائمة الدوريات و النشرات و المجلات :

1- هافدان ماهلر، "فلنقهر التدرن الآن وإلى الأبد"، الصحة العالمية، الناشر غير مذكور، البلد غير مذكور، عدد 42، أفريل 1982، السنة غير مذكورة.

2- مركز أبحاث خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، " مرض السكـــر و العنايـــة بالقدمين"، معا للسيطرة على مرض السكر، مركز أبحاث زراعة خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، جامعة عين شمس، القاهرة، بدون سنة.

3- مركز أبحاث خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، " مرض السكر و التمارين الرياضيـة "، معا للسيطرة على مرض السكر، مركز أبحاث زراعة خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، جامعة عين شمس، القاهرة، بدون سنة.

4- وزارة الصحة و السكان، السكان و التنمية في الجزائـر، التقرير الوطني، وزارة الصحـة و السكان، الجزائر، ديسمبر 1998.

1-5- التحقيقات والدراسات:

2- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003.

2-قائمـة المراجع باللغة الفرنسية:

2-1- قائمـة كتـب المنهجيـة:

1- Madeleine Grawitz, Methodes des sciences sociales, Editions Dalloz, 10 édition, 1996.

2- Maurice Angers, Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, casbah université, Alger, 1997.

2-2- قائمـة الكتـب العامـة:

1- B. Bess, N.Lellouche, Cardiologie et maladies vasculaires, Epreuves nationales classantes, 2006.

2-Bristol- Myers squilb, HTA et diabète, quelles particularités ? Bristol- Myers Squilb, Paris, Sans année.

3- François steudler, Sociologie médicale, Librairie Armand colin, Paris, 1972.

4-Gérard Pacaud, le diabète et ses complication, Prévention, Prise en charge, Traitement , Edition Dahlab, Alger, 1995.

5-Guy loison et Lynford L.Keyes, L'éducation sanitaire dans le pacifique sud, Commission du pacifique sud, Noumea, Nouvelle caledonie, 1956.

6- Jacqueline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Sciences Médico-sociales, Masson, Paris, 1998.

7-Institut national de santé publique , Relevé épidémiologique mensuel, Institut national de santé publique, Alger, Volume 3, 1999.

8-Jean-charles, Marchina, L'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaire, Editions Dahlab, Alger, 1995.

9- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier, d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Alger, 2003.

10-Mostéfa Khiate, Regard sur la santé, Edition Dahlab, Alger, 1995.

11-OMS, Rapport sur la santé dans le monde1995, Réduire les écarts, OMS, Genève, 1995.

12-OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, Pour une réel changement, OMS, Genève, 1999.

13-OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1996, combattre la maladie promouvoir le développement, OMS, Genève, 1996.

14-T. Constans, F. Duchemin, Problèmes quotidiens du diabète, conduite à tenir devant un diabètique âgé, publication de servier médical, Neuilly sur seine, 23 année, N° 206.

2-3-قائمة القواميس والمعاجم باللغة الفرنسية:

1- Andre Domart et Jacques Bourneuf, Petit Larousse de la Médecine, Librairie Larousse, Paris, 1983.

2- Larousse Médicale, Ed Larousse, Paris, 2000, P 205.

2-4- قائمة النشرات و اللات:

1- CHU Beni Messous, « Infstructures du CHU », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

2- CHU Beni Messous, « Présentation de CHU », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

3- CHU Beni Messous, « Une vocation Medico-Technique mais aussi une veritable dimension chirurgicale », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

4- CHU Beni Messous, « Infrastructure de CHU », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

5- CHU Beni Messous, « Une vocation medico-technique mais aussi une véritable dimension chirurgicale », Billon Social, Formation continue , CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

6- CHU Beni Messous, « Médecine interne », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

7- CHU Benni MESSOUS, « Infrastructures de CHU », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

8- CHU Beni Messous, « Une vocation medico-technique », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

9- CHU Beni Messous, « Cardiologie », Billon Social, Formation continue, CHU Beni Messous, Beni Messous, 1999.

10- DR F.Ayad-Hamdaoui, « Le Diabete du sujet Age », Algérie Santé, Communication, Publicité, Edition, Alger, N° 8, Janvier-Fevrier 2002, P17.

11-Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie,« Médico-pharmaceutique » Le diabète, Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie , Alger, N° 04, Septembre, octobre1998.

12-OMS,« Le diabète sucre »,Aide mémoire,OMS,Gèneve,N° :138, Novembre 1999.

13-OMS, « le coût du diabète, journée mondiale du diabète, 14 Novembre 1999 », Aide mémoire, OMS, Genève, N° 236, Novembre 1999.

14- P.M.Belhadj, « Dossier Diabète », Algérie Santé, Communication, Publicité, Edition, N°8, Janvier-Fevrier, 2002, Alger.

2-5- التحقيقات والدراسات:

1-Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step « Wise » de L'OMS), Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2004.

2- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007.

2-6-مواقع الأنترنيت:

1- WWW.algerie.dz. Com/ article 4149. htn.

2- www.Creapharma.ch/diabete.ht

3- www. Who. Int/ Mediacentrep envents/advisories/2005.

الملاحق

الملحـــق الأول
تقنيات جمع البيانات

إستـمـارة البـحـث

خاصـة بالمريض

المحور الأول- بيانات أوليـة خاصـة بالمريـض :

1- الجنس: - ذكر ا_ا - أنثى ا_ا

2- السن : ا_ا_ا

3- الحالة العائلية : - أعزب ا_ا - متزوج ا_ا - مطلق ا_ا - أرمل ا_ا

إذا كنت متزوج كم عدد الأطفال ا_ا_ا

4- مكان الإقامة : -مدينة ا_ا -قرية ا_ا -ريف ا_ا

5- المستوى التعليمي :-أمي ا_ا - إبتدائي ا_ا -متوسط ا_ا -ثانوي ا_ا - جامعي ا_ا

6- الحالة الفردية:-مشتغل دائم ا_ا -مشتغل جزئيا ا_ا - بطال ا_ا - متقاعد ا_ا

-ذو معاش ا_ا -طالب/تلميذ ا_ا

حالة أخرى أذكرها.....

7- ما هو دخلك الشهري.....

8- نوعية المسكن: - عمارة سكنية (شقة) ا_ا -منزل فردي (فيلا) ا_ا

- منزل تقليدي ا_ا - بيت قصديري ا_ا

9- ما هو مرضك: أذكره .....

10- منذ متى وأنت مريض ا_ا_ا

المحور الثاني: بيانات خاصة بالثقافة الصحية للمريض:

11-هل قدم لك الطبيب معلومات وتفسيرات عن طبيعة هذا المرض:

- نعم ا_ا -لا ا_ا -لا أعرف ا_ا

- إذا كان الجواب نعم: هل هذه المعلومات الصحية كافية: - نعم ا_ا - لاا_ا

12- هل لديك معلومات عن طبيعة مرضك: - نعم ا_ا - لا ا_ا

- إذا كان الجواب نعم، ماذا تعرف عن هذا المرض أذكر ذلك:.....

.....

13- هل بحثت عن معلومات إضافية حول مرضك؟ - نعم ا_ا - لا ا_ا

- في حالة نعم، هل لجأت إلى: -طبيب ثاني ا_ا -مريض يعاني نفس المرض ا_ا

-الوسط الأسري ا_ا -أشخاص لديهم معلومات ا_ا -وسائل الإعلام ا_ا

مصادر أخرى أذكرها.....

14- ما هو قرارك الطبي؟ هل تتبع:-إرشادات الطبيب ا_ا -العلاج الطبيعي ا_ا -إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي معا ا_ا أفوض أمري إلى الله ا_ا

15- ما هو رد فعلك أثناء تقديم لك النصائح و المعلومات عن المرض من طرف الطبيب؟.....

.....

16- ما مدى إقتناعك بالطبيب وبالمعلومات الصحية التي يقدمها لك:

-إقتناع قوي ا_ا -إقتناع متوسط ا_ا -إقتناع ضعيف ا_ا -لا يوجد إقتناع ا_ا

-في حالة عدم وجود الإقتناع ما هي أسباب ذلك.....

.....

17-هل تتناسب الإرشادات الطبية التي يقدمها لك الطبيب مع نمط حياتك:

-نعم ا_ا -لا ا_ا - أحيانا ا_ا

- إذا كان الجواب لا لماذا؟

18- هل أنت راض على خطة العلاج التي قدمت لك من طرف الطبيب:

-نعم ا_ا -لا ا_ا -نوعا ما ا_ا

-إذا كنت غير راض فما هي أسباب ذلك.....

.....

وهل عارضت على الخطة وطلبت استفسارات ا_ا -أم تقبلت نظام العلاج بكل سهولة ا_ا

19- من خلال زيارتك ولقاءاتك مع الطبيب والممرضين هل اتضحت لك بقوة أنواع السلوكات المفروضة إتباعها والعمل بها في حياتك اليومية: -نعم ا_ا -لا ا_ا -لا أدري ا_ا

-في حالة نعم ما هي هذه السلوكات المفروض إتباعها في نظام حياتك أذكرها.....

.....

.....

20- هل تنفذ تعليمات الطبيب: -نعم ا_ا -لا ا_ا

- إذا كان الجواب لا، ما هي أسباب ذلك أذكرها؟.....

.....

- إذا كان الجواب نعم، ما هي هذه التعليمات الطبية التي تنفذها؟.....

.....

.....

21- ما هي الإحتياطات الوقائية التي تتخذها في نظام حياتك:

- الريجيم، الحمية الغذائية وقتها وكميتها ا_ا - شراء الدواء وإحترام مواعيده وكميته ا_ا
- الحالة النفسية ا_ا - مراقبة الحالة المرضية ا_ا - الحركة والمشي ا_ا
- تنظيم العمل ا_ا - الإبتعاد عن التدخين والشمة بالنسبة للرجال ا_ا

22- هل تتصف بالتفتح وكثرة الإستفسار ومناقشة مع الطبيب فيما يخص المرض والدواء والعلاج والتعبير عن رأيك، أفكارك وتساؤلاتك عما هو غامض بالنسبة لك:

-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

في كلتا الحالتين لماذا.....

.....

23- ما هي المراحل التي تتبعها في العلاج منذ بداية ظهور الأعراض المرضية حتى اللجوء إلى الطبيب:.....

.....

في كل الحالات ما هي أسباب ذلك.....

24- هل تلجأ إلى زيارة الطبيب في: -الحالات المرضية الخطيرة ا_ا

– الحالات المرضية البسيطة ا_ا -حالات مرضية خطيرة أحيانا وحالات بسيطة أحيانا أخرى ا_ا

25- ما هي المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب: ا_ا_ا

26- هل تقوم بإجراء ملاحظات شخصية عن حالتك الصحية الغذاء، الدواء، وتقوم بتسجيله وتسأل الطبيب عن كل ما ينتابك من أعراض: -نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

-في حالة نعم لماذا.....

27-هل قمت بتغيير نمط حياتك:

-نعم ا_ا -لاا_ا -محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى ا_ا

-في حالة نعم في أي مجال.....

.....

- هل هذا التغيير هو : - تغيير كلي ا_ا -جزئي ا_ا -أقل من 50% ا_ا
- هل تلقيت صعوبات في تغيير نمط حياتك: - نعم ا_ا - لا ا_ا -في بداية الأمر فقط ا_ا

المحور الثالث: المكونات الثقافية المرتبطة بالصحة:

28- هل لديك عادات غذائية سيئة في الأكل :-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

- إذا كان الجواب نعم، ما هي هذه العادات الغذائية أذكرها.....

.....

-ما هي أسباب التمسك بذه العادات.....

.....

- وفي هذه الحالة ماذا تفعل، كيف تسعف حالتك.....

29- هل تلجأ إلى الصيدليات لشراء الدواء بدون وصفة طبية: - نعم ا_ا - لا ا_ا

-في كلا الحالتين لماذا.....

30-ما هي الدوافع الحقيقية التي تجعلك تلجأ إلى المؤسسة الصحية والطبيب هل حسب:

-خطورة الحالة الصحية ا_ا – الحالات المرضية البسيطة ا_ا - المواعيد الطبية ا_ا

- اليأس من الشفاء ا_ا - الإطمئنان على الصحة ا_ا -خبرة السابقة بأقرب الناس إليك ا_ا

-التخصص ونوع المرض ا_ا

31 - هل جربت الأعشاب الطبية في حياتك منذ أن مرضت: -نعم ا_ا -لا ا_ا

-في حالة الجواب نعم، هل إستمريت في تجريبها: - نعم ا_ا -لا ا_ا

- في كلتا الحالتين لماذا؟.....

32- هل تمارس إحدى الوصفات الشعبية لعلاج مرضك: -نعم ا_ا -لا ا_ا

- في حالة نعم، هل تمارسها: - بإستمرار ا_ا -أحيانا ا_ا

- إذا كان الجواب نعم أذكر هذه الوصفات.....

.....

- ومن أين ورثتها .....

- ما هي الأسباب التي تجعلك تلجأ إلى هذا النوع من العلاج: -أسباب إقتصادية ا_ا

-الإيمان والإعتقاد في الشفاء ا_ا -التهيؤ للشفاء ا_ا -الراحة النفسية ا_ا

-فعاليتها وعدم الضرر منها ا_ا -فشل الطب الرسمي ا_ا -الأدوية الطبية لها ضرر على الصحة ا_ا

33- هل تؤمن بفعالية الطب الشعبي و تعتقد أن الوصفات الشعبية التقليدية تساعد على علاج مرضك: -نعم ا_ا -لا ا_ا

في كلتا الحالتين لماذا.....

34- ما هي صور العلاج الشعبي التي تعرفها لعلاج أي مرض منتشر في مجتمعنا أذكرها.....

.....

35- هل توافق على المثل القائل: إسأل الرب ولا تسأل الطبيب:

-موافق ا_ا -غير موافق ا_ا -محايد ا_ا

في كل الحالات لماذا.....

36- هل تعالج مرضك بأحد الطرق غير الطبية: - نعم ا_ا - لا ا_ا
-إذا كان الجواب نعم ما هي هذه الطرق أذكرها.....
.....
37- هل تعرف أمثال الشعبية وحكم حول الصحة والمرض أذكرها: - نعم ا_ا - لا ا_ا
-إذا كان الجواب نعم ما هي هذه الأمثال أذكرها.....
38- هل تستعمل العلاج الحديث والطب الشعبي في نفس الوقت: -نعم ا_ا -لا ا_ا
-إذا كان الجواب نعم هل: -برغبة ا_ا -بدون رغبة ا_ا
39- هل ترى أن الطب الشعبي منتشر في المجتمع الجزائري بشكل واسع:
-نعم ا_ا -لا ا_ا -لا أدري ا_ا
-إذا كان الجواب نعم ما هي أسباب انتشاره.....
.....
40- هل ينصحك بعض الأفراد ويرشدونك نحو طلب العلاج والتمسك بالعادات الصحية الجيدة وإقناعك بتجريب أي دواء أو استعمال طريقة علاجية معينة نفعتهم في علاج أي مرض معين:
- نعم ا_ا - لا ا_ا -أحيانا ا_ا
- إذا كان الجواب نعم من هو هذا الشخص.....
41- هل تنظر إلى إصابتك بالمرض على أنه: -مكتوب، قضاء وقدر ا_ا -الموت ا_ا
-العذاب والعقاب ا_ا -الخوف من المستقبل ا_ا -صورة أخرى للمرض أذكرها.....
42- هل تشتري أعشاب طبية وتدخرها في بيتك لإستغلالها عند حدوث أزمة مرضية:
-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا
-إذا كان الجواب نعم ما هي أسباب ذلك.....
43- في حالة التعرض للمرض، ما هي طريقة الشكوى التي تعبر عنها عن الألم أذكرها.....
.....

المحور الرابع: تأثير الأسرة في الاتجاهات الصحية للمريض:

44-ما هو نمط أسرتك: - أسرة ممتدة ا_ا - أسرة نووية ا_ا وما هو عدد أفرادها ا_ا_ا
45- أذكر مكانتك في الأسرة:
-زوج رب العائلة ا_ا -زوجة ا_ا -أبناء العائلين ا_ا -أطفال ا_ا
46-هل حافظت على واجباتك في الأسرة: - نعم ا_ا - لا ا_ا
ما هي أسباب ذلك في حالة لا.....

47- هل تأثر أفراد أسرتك بمرضك: -نعم ا_ا -لا ا_ا

- في حالة التأثير، هل هو: -تأثير إيجابي ا_ا -تأثير متوسط ا_ا -تأثير سلبي ا_ا

48- هل يوجد الحوار والنقاش في وسطكم العائلي: -نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

49- هل تخصص لك أسرتك ميزانية شهريا لعلاج المرض: - نعم ا_ا -لا ا_ا

50- ما هو شعور عائلتك نحوك: الحب ا_ا الإحترام ا_ا الكراهية ا_ا عدم الاهتمام ا_ا شفقة ا_ا

51- كيف هي معاملة أفراد أسرتك معك:

- معاملة جيدة ا_ا -معاملة متوسطة ا_ا -معاملة سيئة ا_ا

-في كل الحالات ما أسباب ذلك.....

52- هل تفكر كثيرا في مرضك: -نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

-إذا كان الجواب نعم، هل يحاول أفراد أسرتك مساعدتك على نسيانه:

-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

في كل الحالات لماذا.....

53- ما هي مسؤولية أفراد عائلتك في مجال التكفل بك صحيا ورعايتك:

- تقديم لك الدواء: نعم ا_ا لا ا_ا - الذهاب معك للطبيب: نعم ا_ا لا ا_ا

-النفقة في العلاج: نعم ا_ا لا ا_ا -التكفل نفسيا: نعم ا_ا لا ا_ا

-تقديم معلومات وشروحات عن طبيعة المرض وعلاجه:نعم ا_ا لا ا_ا

-توفير الراحة والنوم الكافي والإبتعاد عن الإنفعالات النفسية في الوسط الأسري: نعم ا_ا لا ا_ا

54- هل تتلقى نصائح وإرشادات من أفراد عائلتك في حالة عدم تنفيذك للعلاج:

-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا

-في حالة تلقيك النصح والإرشاد فيما يخص العلاج، ما هو رد فعلك اتجاه أفراد أسرتك:

-الاستماع لنصائحهم ا_ا -الإنزعاج والقلق ا_ا

أم ماذا تفعل.....

55- هل تفضل التحدث مع أفراد عائلتك عن مرضك: -نعم ا_ا -لا ا_ا

-إذا كان الجواب لا لماذا.....

56- في حالة تدهور حالتك الصحية، هل تفرض عليك أسرتك نوع من الضغوط لزيارة الطبيب وتجبرك على ذلك: - نعم ا_ا - لا ا_ا

- إذا كان الجواب نعم هل: -دائما ا_ا -في بعض الحالات ا_ا

-في كل الحالات لماذا.....

57- هل لعائلتك تأثير على رد فعلك اتجاه صحتك: -نعم ا_ا -لا ا_ا
-في حالة نعم هل هو : تأثير إيجابي ا_ا تأثير سلبي ا_ا
58- هل تشجعك عائلتك على طاعة الطبيب والسير على النظام العلاجي المحدد لك حسب حالتك: - نعم ا_ا - لا ا_ا -أحيانا ا_ا
-في حالة الإجابة ب لا ما هي أسباب ذلك.....
59- أثناء شعورك بالألم في جسدك هل تتشاور مع أفراد أسرتك وتشكو لهم عن الألم:
- نعم ا_ا لا- ا_ا - أحيانا ا_ا
-في كلتا الحالتين لماذا.....
60- هل أفراد أسرتك متضامنين ومتعاطفين معك: -نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا
في حالة لا لماذا.....
61-عندما تلجأ إلى الخدمة الصحية هل تناقش هذا القرار مع أفراد أسرتك:
- نعم ا_ا -لا ا_ا
-في كلتا الحالتين لماذا.....
62- هل تعتمد على خبراتك وتجاربك السابقة في علاج المشاكل الصحية التي تتعرض لها:
-نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا
-في كل الحالات لماذا.....
63- هل أن أفراد أسرتك يستخدمون أساليب بدائية في مجال الرعاية الصحية للمريض وفي علاج الأمراض: -نعم ا_ا -لا ا_ا -أحيانا ا_ا
-في حالة الإجابة بنعم ما هي هذه الأساليب أذكرها.....
64- منذ إصابتك بالمرض المزمن هل تلقيت توعية في وسطك العائلي واكتسبت عادات صحية سليمة: -نعم ا_ا -لا ا_ا
-في حالة نعم ما هي هذه العادات الصحية.....
.....
65- هل تواجهك مشاكل في حياتك: -نعم ا_ا - لا ا_ا -أحيانا ا_ا
- إذا كان الجواب نعم نوع هذه المشاكل أذكرها.....
-هل أثرت في على حياتك: كثيرا ا_ا نوعا ما ا_ا قليلا ا_ا
-هل يحاول أفراد عائلتك التخفيف عنك: نعم ا_ا لا ا_ا أحيانا ا_ا
66- هل يوجد حوار ونقاش في وسطك العائلي: -نعم ا_ا - لا ا_ا -أحيانا ا_ا
إذا كان الجواب لا لماذا .....

دليل المقابلة
خاص بالأطباء

المحور الأول: العلاقة طبيب- مريض:

1- كيف يتم كسب ثقة المريض المصاب بمرض مزمن؟

2- ما هي التعليمات الطبية التي تفرضها على المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب؟ وهل يطبق المرضى هذه النصائح؟ وفي حالة عدم التطبيق كيف تؤثر عليهم، هل تستخدم السلطة والنفوذ للتأثير عليهم؟

3- ما هي الأسباب التي تجعل المرضى لا ينفذون البرنامج العلاجي والنصائح الطبية؟ وما هو موقفكم من هذا؟ وماذا تنصحه؟ وهل يمكنك أن تصل إلى مشاركة متبادلة مع المريض؟

4- هل المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا في إكتساب المعلومات الصحية؟

5- هل الوضعية السوسيو- إقتصادية للمريض المصاب بمرض مزمن تؤثر على ممارساته الصحية؟

المحور الثاني: الحوار والإتصال بين الطبيب والمريض:

6- ما هو الوقت الذي تستغرقه مع المريض أثناء الإستشارة الطبية؟ وهل هذا الوقت كافي للتشخيص وتوعية المريض صحيا؟ وهل تمنح المريض كل الوقت والإجابة على كل تساؤلاته؟

7- خلال الإستشارة الطبية ما هي اللغة التي تستعملها مع المرضى؟ وهل دائما الحوار والنقاش مفتوحا معهم؟ وما هي الفئة الأكثر تبادلا للحوار معكم؟

9- هل يجدون بعض المرضى صعوبات في تبادل الحديث معكم ويجيبون فقط على تساؤلاتكم أم لا؟

10- إنطلاقا من تجربتكم المهنية ما هي العوامل والتدابير التي تساعد على تحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بمرض مزمن (داء السكري، الضغط الدموي والقلب) على المدى الطويل؟

الملحـق الثانـي
الـجـداول

جداول خاصة بالإستمارة

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد العينة ومدى الإقتناع بالطبيب والمعلومات المقدمة من طرفه.

مدى وجود الإقتناع		التكرار	النسبة %
نعم	إقتناع قوي	269	%89.67
	إقتناع متوسط	18	%6
	إقتناع ضعيف	03	%3
الموع الجزئي		290	%96.67
لا		10	%3.33
الموع الكلي		300	% 100

جدول رقم (02): يبين توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود الرضا عن خطة العلاج.

وجود الرضا	التكرار	النسبة %
نعم	294	%98
لا	03	%1
نوعا ما	03	%1
الموع	300	%100

جدول رقم (03): يمثل توزيع أفراد العينة حسب إستعمال العلاج الحديث والطب الشعبي في آن واحد.

إستعمال العلاج الحديث والطب الشعبي في آن واحد		التكرار	النسبة %
نعم	برغبة	102	%34
	بدون رغبة	01	%0.33
الموع الجزئي		103	%34.33
لا		197	%65.67
الموع الكلي		300	% 100

جدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى تقديم لهم النصح بتجريب وصفات علاجية.

مدى النصح على تجريب وصفات علاجية	التكرار	النسبة %
نعم	219	%73
لا	72	%24
أحيانا	09	%3
الموع	300	%100

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة الذين يتلقون النصح بتجريب وصفات علاجية حسب الشخص الذي ينصح المريض.

الشخص	التكرار	النسبة %
مريض	143	%65.30
أفراد العائلة	19	%8.68
أقارب	13	%5.94
جيران	12	%5.48
أصدقاء	14	%6.39
ناس أصحاء	13	%5.94
ناس مسنين	02	%0.91
بائع الأعشاب	03	%1.36
الموع	219	%100

جدول رقم (06): توزيع المبحوثين الذين يتلقون النصائح حسب رد الفعل أثناء تقديم النصح.

رد الفعل أثناء تقديم النصح	التكرار	النسبة %
الإستماع للنصائح	152	% 67.26
الإنزعاج، القلق، عدم التقبل، الكره والبكاء	43	% 19.02
لا خيار آخر تقبل الوضع والإستسلام	13	% 5.76
التجاهل والتشدد بالرأي	17	% 7.53
أحيانا الإستماع وأحيانا الإنزعاج	2	% 0.89
الموع	226	% 100

جدول رقم (07): يبين توزيع أفراد العينة الذين يعاملون بمعاملة جيدة حسب الأسباب.

أسباب المعاملة الجيدة	التكرار	النسبة %
الرابطة العائلية	101	% 52.34
بسبب المرض والخوف وتجنب المرض	09	% 4.67
بدون جواب	83	% 43.01
الموع	*193	% 100

* عدد المبحوثين الذين يعاملون بطريقة جيدة.

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة الذين يعاملون بطريقة سيئة حسب الأسباب.

أسباب المعاملة السيئة	التكرار	النسبة %
عدم الإحساس بالمرض	03	% 18.75
طبيعة أفراد العائلة	01	% 6.25
المشاكل	12	% 75
الموع	**16	% 100

** عدد المبحوثين الذين يعاملون بطريقة سيئة.

جدول رقم (09):يمثل توزيع أفراد العائلة الذين يعانون من مشاكل حسب مدى تأثير المشاكل.

مدى تأثير المشاكل على المريض		التكرار	النسبة %
نعم	أثرت كثيرا	117	%78.52
	نوعا ما	23	%15.44
	قليلا	09	%6.04
الموع الجزئي		149	%96.75
لا		05	%3.25
الموع		*154	% 100

* المبحوثين الذين يعانون مشاكل في حياتم اليومية.

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة الذين يتلقون مشاكل في حياتم اليومية ومدى وجود مساعدة من طرف العائلة للتخفيف من حدة المشاكل.

مدى محاولة التخفيف على المريض	التكرار	النسبة %
نعم	42	%27.27
لا	64	%41.56
أحيانا	48	%31.17
الموع	*154	% 100

* المبحوثين الذين يعانون مشاكل في حياتم اليومية.

جدول رقم (11): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مرافقة شخص المريض لإستشارة الطبيب وعلاقته بتنفيذ نصائح الطبيب.

التشجيع على طاعة الطبيب	التكرار	النسبة %
نعم	87	%29
لا	213	% 71
الموع	300	%100

جدول رقم (12): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مدى الشكوى في حالة المرض.

مدى الشكوى في حالة المرض	التكرار	النسبة %
الشكوى عن الألم	176	%58.67
إخفاء المشاعر	117	%39
مرات الشكوى ومرات إخفاء المشاعر	07	%2.33
الموع	300	%100

جدول رقم (13): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يشكون حسب الأسباب.

أسباب الشكوى عن الألم	التكرار	النسبة %
لأخذ النصيحة	11	% 6.25
القلق	05	%2.84
للتكفل	79	%44.89
التخلي عن المسؤوليات	06	%3.41
عادة والتعبير عن الألم	55	%31.25
الخوف من المرض	08	%4.54
الندم على ضياع الصحة	01	%0.57
المصارعة مع المرض	01	%0.57
الموع	176	% 100

جدول رقم (14): يمثل توزيع أفراد العينة الذين يخفون المشاعر حسب الأسباب.

أسباب إخفاء المشاعر	التكرار	النسبة %
الشكوى إلى الله	32	%27.35
لا يوجد أحد أشتكي له	18	%15.38
عدم إزعاج أفراد العائلة	48	%41.02
العزلة الإجتماعية	10	%8.54
الكره	02	%1.71
عادة في إخفاء المشاعر	13	%11.11
الموع	117	% 100

جدول رقم (15): توزيع أفراد العينة الذين يلتقون توعية في وسطهم الأسري حسب نوعية التوعية.

نوعية التوعية	التكرار	النسبة %
تناول الدواء في الوقت وحسب الكمية والريجيم	126	%87.5
عدم القلق والزعاف	03	%2.08
المرض	02	%1.38
النصائح والتوبيخ في حالة الإهمال	05	%3.47
النصح بالراحة	02	%1.38
إتباع الطبيب	06	%4.16
الموع	144	% 100

الملحـــق الـثـــالـــث
صـــور و معلومات عن داء السكري.

مـرض السكـر و العنايـة بالقدمين

تعتبر إصابة القدمين واحد من أهم المضاعفات المزمنة لمرضى السكري، و قد يعاني مريض السكري من مشاكل عديدة في القدمين، و حتى البسيط منها يمكن أن يتحول إلى خطير.

العوامل المساعدة على إصابة القدمين:

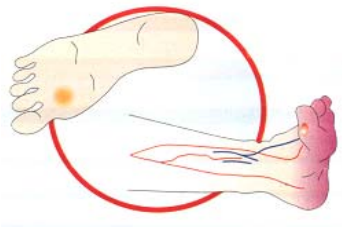
- ضعف الدورة الدموية :من المحتمل أن تكون القدمان باردتان، زرقاء اللون، متورمـة و الجروح تلتئم ببطء.

إعتلال الأعصاب :

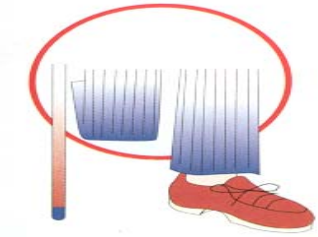
- يتأثر الإحساس في القدمين حيث يضعف الإحساس بالألم و الحرارة و البرودة و ربما تفقد القدمان خاصية التعرق و تصبح جافة.

القرح :

- أكثر ما تظهر القرح على ظهر القدم أو أسفل الأصبع الكبيرة، و قد تنتج القرح عن الجروح، القرون، البثور، الأحذية غير الملائمة تؤدي إلى إصابة القدم بالإلتهابات التي بدورها تؤدي إلى الإصابة بالغرغرينا و بتر الساق.



- إن 50-70 % من حالات البتر التي لا تنتج عن الحوادث تحدث لدى المصابين بمرض السكـري ولكن الوقاية و الإكتشاف المبكر والعلاج السريع تقلل بشكل كبير من تقرحات القدمين .



إرشادات للعناية بالقدمين لمريض السكر :

- إفحص قدميك جيدا يوميا للتأكد من عدم وجود : البثور، الخدوش، الجروح، الجفاف، الإحمرار.
إفحص دائما ما بين أصابع القدم، إستعمال المرآة يساعد على رؤية أسفل القدم.
إذا كانت رؤيتك ضعيفة إستعن بأحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء لفحص قدميك.

- إغسل قدميك بصفة يومية و نشفهما جيدا و بعناية بإستخدام منشفة نظيفة.
إعتن بشكل خاص بأصابع القدمين و تجنب إستخدام الماء الحار جدا و البارد جدا.

- إفحص حرارة الماء بواسطة مرفقك قبل الإستحمام. غمر الأقدام في الماء لمدة طويلة غير مستحب إلا إذا نصح به طبيبك، و إذا كان جلد قدميك جافا إستعمل قليلا من الكريم بعد غسل و تجفيف القدمين جيدا.

- قلم أظافر قدميك بعناية على شكل مستقيم عرضي و لا تقلم أظافرك بشكل قصير جدا.

- لا تستخدم المواد الكيماوية لإزالة القرون.

- لا تستخدم رباطا لاصقا على قدميك.

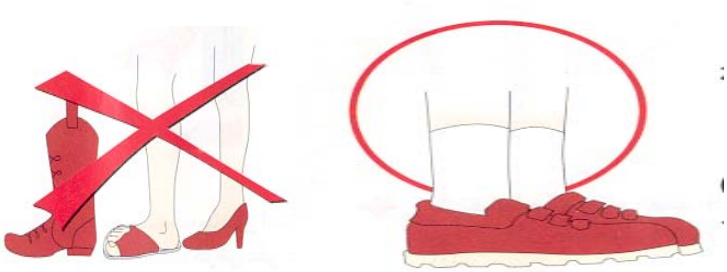
- إمتنع عن التدخين، التدخين يؤدي إلى تصلب الشرايين و ضعف الدورة الدموية في القدمين كما يؤدي إلى عدم إلتئام الجروح بسرعة (غالبية مرضى السكري الذين يحتاجون إلى بتر الأطراف هم من المدخنين).

- حافظ على مستوى السكر في الدم حول الطبيعي.

إرتفاع مستوى السكر في الدم يجعلك أكثر عرضة لمشاكل القدمين.

الحذاء الصحي :

- إحرص على إختيار الأحذية الملائمة و المريحة و يفضل أن تكون مصنوعة من الجلد. تجنب إستخدام الأحذية المفتوحة من الأمام (النعال و الصنادل) و الأحذية ذات الكعب العالي و الضيقة.



- إفحص داخل الحذاء يوميا للتأكد من عدم وجود أجسام حادة أو أظافر أو أجزاء خشنة أو تمزق في بطانة الحذاء.

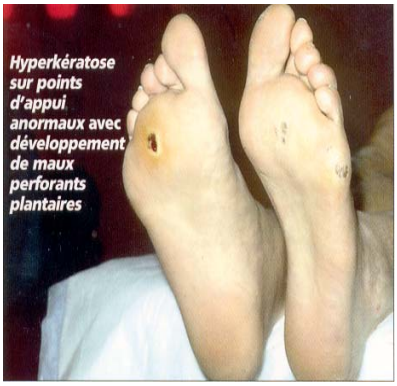
- تجنب المشي حافي القدمين و خاصة في الظلام.
- تجنب إستخدام الأحذية الضيقة و المبللة.
- لا تلبس الأحذية بدون جوارب وإحرص على إستخدام الجوارب الملائمة الخالية من الندبات ويفضل إستخدام الجوارب القطنية والصوفية.

لتجنب مشاكل القدمين إتبع التعليمات التالية :

- حافظ على مراجعة طبيبك و أخصائي القدمين بإنتظام و أبلغه عند تعرض قدميك للجروح أو الخدوش أو البثور.
- إلبس الجوارب عند النوم إذا كانت قدماك باردتان.
- لا تقاطع أرجلك عند الجلوس فذلك يؤدي إلى ضعف الدورة الدموية في القدمين.
- إذا كانت قدماك جافتان إستعمل كريما مرطبا و إحرص على عدم إدخال الكريم ما بين أصابع قدميك.
- إن المتابعة الذاتية لنسبة السكر بالدم تساعد إلى درجة كبيرة في تقليل نسبة حدوث مضاعفات مرض السكر ومنها مشاكل القدمين.
- إن المتابعة الذاتية لنسبة السكر بالدم تساعد إلى درجة كبيرة في تقليل نسبة حدوث مضاعفات مرض السكر ومنها مشاكل القدمين.[1]

(1) مركز أبحاث زراعة خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، " مرض السكر و العناية بالقدمين "، معا للسيطرة على مرض السكر، مركز أبحاث زراعة خلايا البنكرياس و أبحاث السكر جامعة عين شمس، القاهرة، بدون سنة، بدون صفحة.

بعـض مشاكـل القدمين



مـرض السكـر و التمارين الرياضيـة

عليك بممارسة الرياضة من 3 إلى4 مرات في الأسبوع حيث يؤدي النشاط الرياضي إلى خفض نسبة السكر بالدم وضغط الدم ويساعد على خفض وزن الجسم بالإضافة إلى تقليل خطر إصابتك بأمراض القلب.

ما هي الإحتياطات التي يجب إتخاذها عند ممارسة الرياضة ؟

1- لا بد من مراجعتك الطبيب في نوعية الرياضة و معدل ممارستها حتى لا يتسبب في إضرارك حيث أنه يجب الإبتعاد عن الهود الجسماني العنيف.

2- يجب البدء برياضة خفيفة (كالمشي أو العجلة الثابتة و زيادتا تدريجيا) .

3- لا يجب عليك ممارسة الرياضة عندما تكون نسبة السكـر في الدم أكثـر من 250 مجم/ديسيليترا وأيضا مع وجود أسيتون في البول.

بما أن ممارسة الرياضة من الممكن أن تؤدي إلى إنخفاض نسبة السكر في الدم لمدة 24 ساعة بعد الممارسة فلا بد أن تتخذ الإجراءات التالية لتجنب حدوث هذا الإنخفاض:

- لا بد من قياس نسبة السكر في الدم قبل و بعد ممارسة الرياضة.
- يمكنك تقليل نسبة الدواء أو زيادة نسبة الكربوهيدرات المتناولة في حالة ممارسة رياضة قوية إعتمادا على قياس نسبة السكر في الدم.
- إبتعد عن ممارسة الرياضة في الفترة التي يعمل فيها الأنسولين في أقصى درجة.
- لا بد و أن تحتفظ بمصدر للسكر جاهز للإستخدام في حالة حدوث إنخفاض نسبة السكر في الدم.
- لا تستخدم الفخذ أو الأيدي كأماكن للحقن بالأنسولين قبل ممارسة الرياضة.
- يجب أن تحتفظ ببطاقة يوضح طبيعة المرض ويتضمن معلومات شخصية عنك.

ما هي نوعية التمارين الرياضية التي يمكنك ممارستها ؟

1- رياضة تمارس يوميا : المشي، العجلة الثابتة.

2-رياضة تمارس من3 إلى5 مرات في الأسبوع:الجري،السباحة،ركوب الدراجات.التنس.

3- رياضة تمارس من 2 إلى 3 مرات في الأسبوع : البولينج ـ التنس.

إن المتابعة الذاتية اليومية لنسبة السكر في الدم تزيد بدرجة مذهلة من فعالية العلاج وتساعد على تنظيم القرارات الخاصة بالعلاج و الغذاء عند ممارسة الرياضة لمريض السكر.[1]

(1)مركز أبحاث زراعة خلايا البنكرياس و أبحاث السكر، " مرض السكر و التمارين الرياضية"، معا للسيطرة على مرض السكر، مركز أبحاث زراعة البنكرياس و أبحاث السكر،جامعة عين شمس،القاهرة،بدون سنة،بدون صفحة.